



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE  
OS NÍVEIS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM  
TUBERCULOSE MULTIDROGARRESISTENTE NO  
MUNICÍPIO DO RECIFE – PE**

**DENISE DE BARROS BEZERRA**

RECIFE  
2016

DENISE DE BARROS BEZERRA

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS  
NÍVEIS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE  
MULTIDROGARRESISTENTE NO MUNICÍPIO DO RECIFE – PE**

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Medicina Integral Prof. Fernando  
Figueira (IMIP) como parte dos  
requisitos para obtenção do Título de  
Mestre em Avaliação em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

**Co-orientadora:** M.Sc. Yluska Reis

RECIFE  
2016

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

---

B574a Bezerra, Denise de Barros

Avaliação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidroga resistente no município do Recife-PE / Denise de Barros Bezerra; Orientadora Juliana Martins Barbosa da Silva Costa; Coorientadora Yluska Reis – Recife : Do Autor, 2016.

87 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2016.

1. Avaliação em saúde. 2. Tuberculose. 3. Tuberculose resistente a múltiplos medicamentos. I. Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva, orientadora. II Reis, Yluska, coorientadora. III. Título

CDD 614.542

---

DENISE DE BARROS BEZERRA

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS  
NÍVEIS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE  
MULTIDROGARRESISTENTE NO MUNICÍPIO DO RECIFE – PE**

Dissertação de mestrado em Avaliação  
em Saúde do Instituto de Medicina  
Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP),  
submetida á defesa pública e aprovada  
pela banca examinadora em...

Aprovada em: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Prof<sup>º</sup>. Dr. Eronildo Felisberto  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

## DEDICATÓRIA

---

***À Deus e a Nossa Senhora,***  
*Por toda minha vida, saúde, por alimentarem a minha fé e  
força nos momentos mais difíceis.*

***Aos meus pais, Francisco de Assis Bezerra e Amélia Lúcia P. de Barros***  
*Por depositarem em mim toda dedicação, amor e confiança.  
A eles dedico todo o meu amor, vitórias e gratidão*

***Ao meu noivo, Kaio Alencar***  
*Pelo seu amor, paciência, compreensão e companheirismo em  
todos os momentos.*

***À minha madrinha, Maria de Fátima Pereira de Barros,***  
*Por sempre estar presente nos momentos mais importantes da  
minha vida e por ser minha segunda mãe*

***Aos meus irmãos, Dayanne Barros e Jorge Luís Barros***  
*Pelo companheirismo, confiança e carinho*

## AGRADECIMENTOS

---

*A Deus pela minha saúde, pela coragem para enfrentar as batalhas, pela fé para superar as barreiras do mundo, pelas derrotas que me ensinaram a ser mais humilde, pela força em todos os momentos de tribulação pelos os quais passei nesta fase, por essa vitória alcançada e, acima de tudo, pelo dom da vida.*

*A Nossa Senhora que sempre intercedeu junto ao seu Filho pelas minhas súplicas.*

*Aos meus pais, por toda uma vida a mim dedicada, sempre me alicerçando com base no exemplo, proteção, cuidados e abdições. É por eles que continuo sonhando e lutando pelos meus ideais. Nenhuma palavra dita aqui será o suficiente para demonstrar a minha gratidão.*

*Ao meu noivo, Kaio Alencar, eu não tenho palavras para agradecê-lo por tanta dedicação e companheirismo. Foram momentos intensos de muitas privações, sempre compreensivo ao meu lado me estimulando e dando forças para continuar. A ele todo o meu amor, gratidão e admiração. Tenho certeza que o nosso amor saiu mais forte e maduro deste processo.*

*Aos meus irmãos, em especial a minha irmã Dayanne, pela ajuda, colaboração e carinho de sempre. A eles todo o meu afeto.*

*A toda minha família, em especial minha madrinha, minhas tias e minha comadre Helena, por sempre acreditarem em mim, me incentivando e torcendo pelo meu sucesso.*

*A minha orientadora, Juliana Costa, pela acolhida, disponibilidade, esclarecimentos, compartilhamento de conhecimento e principalmente pela paciência em todos os momentos sendo fundamental para que este trabalho fosse concluído. A ela todo meu respeito, gratidão e carinho.*

*A minha co-orientadora, Yluska Reis, por toda delicadeza, atenção, orientações e partilha de saberes, paciência e ajuda. A ela também todo meu respeito, gratidão e carinho.*

*A Eronildo Felisberto, grande responsável e incentivador para que eu fizesse parte deste processo. Meu muito obrigada pelas oportunidades dadas, pelos ensinamentos, pela amizade. A ele toda a minha admiração, respeito e amizade.*

*A Alexandre Meneses, grande chefe e amigo, pela compreensão, colaboração prestada quando solicitada e apoio constante. A ele minha gratidão, apreço e admiração.*

*A equipe de Tuberculose e Hanseníase do Programa Sanar por entenderem minhas ausências, pelo apoio, convívio e paciência. Em especial a Eline Mendonça e Karla Alves, pelas emoções, alegrias, tristezas, angústias e até desespero, muito obrigada por estarem ao meu lado.*

*A Monik Duarte e Isabela Maciel, agradeço o modo como se disponibilizaram no auxílio do meu trabalho, sendo grandes colaboradoras e amigas nesta caminhada.*

*As minhas colegas de mestrado, pela convivência harmoniosa e pela troca de informações em sala de aula que muito contribuiu na construção do nosso saber em avaliação.*

*Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, pelos subsídios teóricos e metodológicos.*

*À Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – Sevs, pela colaboração e anuência da minha participação neste mestrado, demonstrando investimento na qualificação profissional de seus servidores.*

*À Secretaria Municipal de Saúde do Recife e a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco pela anuência para que o meu trabalho pudesse ser executado. De forma especial aos coordenadores distritais do Programa de Controle da Tuberculose do município e a Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose. Aos profissionais da atenção básica, da referência secundária e terciária para tuberculose meu muito obrigado pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, experiências e tempo na realização das entrevistas.*

*Ninguém consegue nada sozinho e vocês foram fundamentais neste processo. Compartilho com todos minha eterna gratidão e felicidade.*

**Introdução:** Os serviços de saúde são caracterizados por altos níveis de fragmentação que resultam na falta de coordenação do cuidado. Esta é entendida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde prestados a determinado paciente que, independentemente do local onde sejam oferecidos, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Os pacientes com condições crônicas, como a tuberculose multidroga-resistente, devido à necessidade constante de cuidado nos diversos níveis de atenção, são os mais afetados por problemas na coordenação. Além disso, o crescimento no número de casos de tuberculose multidroga-resistente coloca em pauta a necessidade da instituição no aperfeiçoamento de mecanismos que garantam a coordenação da atenção. **Objetivo:** Avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidroga-resistente na rede de serviços de saúde do município do Recife – PE, no ano de 2015. **Métodos:** Estudo avaliativo de corte transversal, com delineamento do modelo lógico e elaboração da matriz de julgamento. Foram entrevistados os profissionais (médicos e enfermeiros) dos três níveis de atenção e gestores envolvidos na assistência aos pacientes em tratamento para tuberculose multidroga-resistente. Na análise dos dados atribuiu-se uma pontuação a cada indicador da matriz de julgamento a partir do qual foi calculado por meio de uma regra de três simples a situação da coordenação entre níveis de atenção classificada em excelente ( $\geq 75\%$ ), bom (50%-74%), ruim (49%-25%) e crítico (menor que 25%). **Resultados:** A coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidroga-resistente no município do Recife em 2015 foi considerada ruim (32,5%) com variações entre os componentes que a compõe. O componente que apresentou melhores resultados foi a coordenação administrativa (41,2%), seguida por a coordenação da informação (32,0%) e coordenação da gestão clínica (31,0%), todas classificadas como ruim. **Conclusões:** Percebeu-se com este estudo que os níveis de atenção se organizam de forma separada, com falhas na interligação da rede de serviços, o que resulta numa assistência descoordenada e fragmentada para os pacientes com tuberculose multidroga-resistente. Verificaram-se problemas nos mecanismos da coordenação, descontinuidade no fluxo de informação e discordância com os atributos que garantem um sistema coordenado.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Tuberculose; Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos



**Introduction:** The health services are characterized by high fragmentation levels resulting in the lack of coordination of care. This is understood as the articulation among the different services and health actions provided to a particular patient, regardless of where they are offered, are synchronized and aimed at achieving a common goal. Patients with chronic conditions such as multidrug-resistant tuberculosis, due to the constant need for care in the different levels of assistance, are the most affected by problems in coordination. In addition, the growth in the number of multidrug-resistant tuberculosis cases brings forth the need of the institution in improving mechanisms to ensure the coordination of care. **Objective:** To evaluate the coordination of care among levels of care for patients with multidrug-resistant tuberculosis in the health services network in the city of Recife - PE, in the year 2015. **Methods:** Cross-sectional assessment study with the logical model design and the elaboration of the judgment matrix. Professionals (doctors and nurses) of the three levels of care and managers involved in assisting patients being treated for multidrug-resistant tuberculosis were interviewed. In the data analysis a score for each indicator of judgment matrix was set from which it was calculated using a rule of simple three the situation of coordination among the levels of care classified as excellent ( $\geq 75\%$ ), good (50% -74%), poor (49% -25%) and critical (less than 25%). **Results:** The coordination of care among the care levels to patients with multidrug-resistant tuberculosis in the city of Recife in 2015 was considered bad (32.5%) with variations among the components that constitute it. The component that showed the best results was the administrative coordination (41.2%), followed by the coordination of information (32.0%) and coordination of clinical management (31.0%), all classified as bad. **Conclusions:** It was noticed in this study that care levels are organized separately, with failures in the interconnection of network services, resulting in uncoordinated and fragmented care for patients with multidrug-resistant tuberculosis. There were problems in the coordination mechanisms, discontinuity in the flow of information and disagreement with the attributes that ensure a coordinated system.

**Keywords:** Health Evaluation; Tuberculosis; Multidrug-Resistant Tuberculosis

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

APS	Atenção Primária a Saúde
DS	Distrito Sanitário
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT	Programas de Controle da Tuberculose
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Sevs	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
TB	Tuberculose
TB- MDR	Tuberculose Multidrogarresistente

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

---

**Figura 1.** Modelo lógico da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente.

**Figura 2.** Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente.

**Figura 3.** Gráfico da avaliação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente segundo componente. Recife, 2015

**Quadro 01.** Tipos de mecanismos da coordenação do cuidado.

**Quadro 02.** Resultado do componente coordenação administrativa entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015.

**Quadro 03.** Resultado do componente coordenação da informação entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015.

**Quadro 04.** Resultado do componente coordenação da gestão clínica entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

**Tabela 1.** Categorização dos sujeitos entrevistados no nível primário. Recife, 2015

# SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 A FRAGMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	13
1.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO .....	16
1.3 TB – MDR: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	20
1.4 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	22
<b>II – JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>25</b>
<b>III – OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>IV - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>28</b>
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	28
4.2. ÁREA DE ESTUDO.....	28
4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	29
4.3.1 O modelo lógico .....	30
4.3.2 Matriz de julgamento.....	30
4.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	31
4.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	37
4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>V – RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
5.1. CATEGORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS .....	41
5.2. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	43
<b>VI – DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
<b>VIII- RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>60</b>
<b>IX – REFERÊNCIAS</b> .....	<b>61</b>

**APÊNDICES .....66**

**ANEXOS .....85**

# I. INTRODUÇÃO

---

## 1.1 A fragmentação dos sistemas de saúde

Apesar da preocupação com os sistemas de saúde fragmentados não ser recente, esta ainda continua sendo um grande desafio para a organização dos serviços <sup>1</sup>. A fragmentação caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde. Cada um desses pontos se organiza de forma separada, sem contribuir com a interligação da rede de serviços <sup>2</sup>.

Os sistemas de saúde nas Américas são caracterizados por altos níveis de fragmentação nos seus serviços. A experiência acumulada mostra que isto se manifesta de diversas maneiras e em diferentes níveis do sistema de serviços de saúde: na falta de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atendimento, na duplicação dos serviços e infra-estrutura, nos serviços de saúde prestados em local menos adequado, especialmente em hospitais. Essa fragmentação pode ser vista também na experiência das pessoas que utilizam o sistema, na falta de acesso aos serviços, na perda da continuidade dos cuidados e na falta de coerência dos serviços oferecidos com as necessidades dos usuários <sup>3</sup>.

Tradicionalmente, os serviços de saúde foram organizados em torno da atenção às doenças. O predomínio da assistência médica fez com que toda a dedicação fosse dada à sua organização, ficando as demais ações em segundo plano o que resultou numa visão fragmentada de saúde por parte dos profissionais e conseqüentemente nas formas

de organização dos serviços <sup>4</sup>. Nos sistemas fragmentados, os serviços privilegiam o tratamento médico de casos agudos, enfatizando as consultas e as internações hospitalares, em detrimento dos serviços preventivos, da atenção de longa duração a pacientes crônicos e da atenção domiciliar <sup>5,6</sup>.

Assim os sistemas de saúde têm dificuldade em prestar uma assistência adequada aos pacientes portadores de condições crônicas, como por exemplo, aos portadores de tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR). Esta é uma condição crônica que precisa ser tratada e acompanhada em centros de referência, por profissionais especializados e por equipe multidisciplinar, com articulação entre todos os níveis de atenção <sup>7</sup>. Nos sistemas fragmentados essa articulação é incipiente, os diferentes níveis de atenção se organizam de forma isolada e não se comunicam uns com os outros, por isso são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Não existe comunicação fluida entre a atenção primária e secundária e nem destas com a atenção terciária, o que compromete a assistência prestada <sup>6</sup>.

Em vários países, como nos Estados Unidos da América (EUA), Canadá e Inglaterra vem se tentando superar a fragmentação através de sistemas integrados e organizados em redes de atenção à saúde. Estes, por sua vez, podem oferecer uma atenção coordenada através de um contínuo de prestação de serviços a uma população determinada <sup>3,8</sup>. Esta forma de organização assegura a continuidade e integralidade da atenção, a coordenação durável das práticas clínicas, favorece o acesso com continuidade assistencial e racionaliza os gastos <sup>9</sup>.

Os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos países da América Latina fragilizam aspectos como a constituição de redes integradas <sup>10</sup>. Embora em

alguns desses países, inclusive no Brasil, comecem a existir experiências focando as diretrizes da integralidade, ainda são experiências muito locais <sup>11</sup>.

As principais estratégias para a integração dos sistemas de saúde na região da América Latina estão relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização de histórias clínicas, centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas como apoio para a Atenção Primária à Saúde, criação de redes com gestão regional e/ou municipal, entre outras <sup>10</sup>. Mas ainda são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema <sup>1</sup>.

O modelo assistencial proposto pelas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) tem como um dos atributos a existência de mecanismos de coordenação do cuidado ao longo do contínuo de serviços de saúde <sup>3</sup>. Um dos objetivos finais das redes é melhorar a eficiência global na prestação e continuidade dos cuidados através de um objetivo intermediário que é a coordenação dos serviços <sup>12</sup>.

A coordenação durável das práticas clínicas consiste na integração propriamente dita do cuidado. Esta, especialmente quando se utiliza dos diferentes níveis de atenção, garante o bom atendimento aos pacientes com necessidades complexas. Ela assegura que os diferentes profissionais e organizações envolvidos na assistência ao paciente ofereçam esses serviços de forma articulada no tempo e no espaço <sup>9, 13</sup>.

## **1.2 Coordenação do cuidado entre os níveis de atenção**

Para Starfield (14), coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum. Segundo esta autora a essência da coordenação é a



disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessa informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Esta autora reconhece a Atenção Primária a Saúde (APS) como coordenadora do cuidado. A APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa e busca satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo. Este nível de atenção só referencia os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada e é a responsável por coordenar a assistência das pessoas que necessitam receber o cuidado em outros níveis de atenção <sup>14</sup>.

Os principais atributos da APS são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Sem a coordenação a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, o que demonstra a importância da coordenação como orientadora do cuidado <sup>14</sup>.

A coordenação do cuidado também pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde prestada a determinado paciente, que independentemente do local onde sejam disponibilizados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum <sup>15</sup>. Esta articulação, então, deve garantir que todos os profissionais e serviços envolvidos no atendimento ao paciente estejam num bom nível de integração <sup>16</sup>. Apesar das diferentes formas de se colocar os conceitos sobre coordenação todos eles buscam a integração da atenção prestada em diferentes níveis e locais de prestação de serviços <sup>14,15</sup>.

A coordenação do cuidado entre os níveis de atenção pode ser dividida em três tipos: coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação

administrativa <sup>13</sup>. A coordenação da Informação é considerada a transferência e a utilização de informações sobre o paciente, necessárias para coordenar as atividades dos diversos serviços envolvidos na assistência a este paciente. Esta compreende duas dimensões: (i) a transferência da informação que é a troca de informações sobre os pacientes entre os diferentes níveis de cuidado envolvidos na sua atenção, mediante mecanismos formais e informais e; (ii) o uso da informação sobre eventos e circunstâncias do paciente atendido em um determinado nível de atenção, para orientar as decisões clínicas sobre um evento atual em outro nível <sup>17</sup>.

A coordenação da Gestão Clínica é entendida como a prestação de cuidados de forma sequencial e complementar dentro de um plano de cuidado, que envolve diferentes profissionais e serviços, compartilhado pelos níveis de atenção envolvidos no atendimento ao paciente <sup>18</sup>. Esse tipo de coordenação compreende duas dimensões: (i) a coerência da atenção que é entendida como o compartilhamento de objetivos clínicos comuns entre os serviços e profissionais dos diferentes níveis de atenção, com coerência nos tratamentos prescritos e adequação clínica na transferência e contra-referência e; (ii) o seguimento adequado do paciente que refere-se ao seu acompanhamento adequado quando há transições de um nível de cuidado para outro <sup>18</sup>.

O terceiro tipo é denominado coordenação administrativa e refere-se à coordenação do acesso do paciente ao longo do contínuo assistencial da rede de serviços, de acordo com suas necessidades. Relaciona-se com os canais administrativos pelos quais o paciente transita para obter atenção e a regulação dos fluxos assistenciais (consultas, exames, internações, serviços de emergência) entre os diversos níveis de complexidade da rede <sup>18</sup>.

Existe uma abundância de mecanismos e estratégias que podem ser utilizados para a coordenação do cuidado. Isso requer uma sistematização dos mesmos para garantir seu uso correto <sup>15</sup>. Um aspecto essencial da coordenação em uma rede é a combinação de diferentes tipos de mecanismos utilizados para realizar as atividades necessárias para o atendimento ao paciente <sup>18</sup>. Os mecanismos de coordenação do cuidado que são usados com mais frequência nos serviços de saúde são apresentados no Quadro 01.

**Quadro 01.** Tipos de mecanismos da coordenação do cuidado

Base da coordenação	Mecanismos teóricos da coordenação		Mecanismo da coordenação assistencial
Padronização	Habilidades		Sistema de experto: educação continuada, alternativas para consulta tradicional
	Processo de trabalho		Mapas de cuidado, guias farmacológicos, planejamento de alta, protocolos e circuitos para encaminhamento dos pacientes, orçamentos do sistema compartilhado
			sistema de planejamento das ações
	Resultados		Mapas de atenção
			sistemas de monitoramento de desempenho
Adaptação Mútua	Supervisão direta		Gerente do programa
	Comunicação informal		E-mail, internet, telefone, reuniões informais
	Dispositivos de integração	Grupos de Trabalho	Grupos de trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar
		Posto de integração	Gestor de casos e central de regulação
		Comissões Permanentes	Comitê de Gestão entre níveis
		Dispositivo Integrador	Diretor Assistencial, Diretor de Área ou Distrito
		Estrutura matricial	
	Sistema de informação Vertical		Ficha de referência e contra-referência
Sistema de informação clínica			

As organizações de saúde contam, com frequência, com instrumentos padronizados baseados nas habilidades profissionais e nos processos de trabalho para coordenar a assistência ao paciente. Embora esses mecanismos sejam eficientes em algumas situações, quando se trata de processos complexos que envolvem diferentes serviços e profissionais eles acabam não sendo efetivos. Os mecanismos de coordenação que respondem melhor nestes casos são baseados em adaptação mútua: grupos de trabalho interdisciplinares, ligação entre os níveis, estruturas matriciais, entre outros. Um dos desafios para melhorar a coordenação do cuidado é a utilização sistemática dos mecanismos de ajuste mútuo na relação entre os diferentes profissionais e serviços ao longo do processo de trabalho <sup>15</sup>.

Avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de saúde, tomando a TB-MDR, como evento sentinela, é bastante pertinente, pois a coordenação busca garantir a assistência integrada sem interrupções durante todo o contínuo de cuidado, condição fundamental para uma assistência adequada a esses pacientes <sup>15,19</sup>. Além do que a assistência aos doentes com TB-MDR envolve vários profissionais e diferentes níveis de atenção o que exige uma coordenação efetiva que possa garantir assim o sucesso do tratamento e a cura dos casos <sup>19</sup>.

### **1.3 TB – MDR: aspectos epidemiológicos e organização dos serviços**

A tuberculose (TB) é uma condição crônica e continua sendo mundialmente um importante problema de saúde. Ela obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, apresenta magnitude, transcendência e vulnerabilidade <sup>7</sup>.

No Brasil 70 mil casos novos de TB foram notificados em 2012 e 4,6 mil mortes foram registradas em 2011. Entre os estados brasileiros, Pernambuco apresenta a terceira maior incidência e a segunda maior taxa de mortalidade, sua capital Recife possui a maior mortalidade e é a 4ª maior incidência entre as capitais brasileiras <sup>20</sup>.

Entre os problemas da tuberculose ao longo dos anos um dos mais preocupantes e discutidos tem sido o fenômeno da multirresistência <sup>21</sup>. Considera-se no Brasil caso de TB-MDR, aquele com diagnóstico confirmado por cultura e identificação de *Mycobacterium tuberculosis*, e teste de sensibilidade com resistência à rifampicina e isoniazida e a mais um terceiro fármaco dos esquemas padronizados <sup>7</sup>.

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mostrou que metade dos casos de TB-MDR está na China e na Índia e em alguns países da ex-União Soviética, onde cerca de 25% dos pacientes apresentam resistência. Embora não disponha de números oficiais, a OMS também estimou que cerca de 440 mil pessoas são afetadas pela TB-MDR no mundo <sup>22</sup>. No ano de 2012, foram notificados no Brasil 750 casos novos de TB-MDR. Nesse ano, entre os estados brasileiros, Pernambuco ocupou o 4º lugar na incidência com 8,3% (percentual que representa um número de 62 casos novos). A cidade do Recife apresenta 37,7% dos casos notificados no estado o que corresponde a 20 casos novos <sup>23</sup>.

Um dos grandes desafios para os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) é o aumento expressivo de resistências aos fármacos e a emergência das formas TB-MDR <sup>19</sup>. Essa forma da tuberculose exige uma assistência mais complexa, pois esses pacientes necessitam de gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, de continuidade da assistência, buscando garantir a adesão e o tratamento em longo

prazo<sup>24</sup>. A coordenação é fundamental nesse processo, pois ela garante a articulação entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos na assistência aos pacientes<sup>15</sup>.

Percebe-se que a resistência às drogas está associada à ineficiência dos serviços de saúde no que diz respeito principalmente à capacidade de detecção precoce de casos novos e dos desfechos desfavoráveis como as falências e o abandono ao tratamento<sup>25</sup>,<sup>26</sup>.

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<sup>27</sup>. Por ser uma doença de grande transmissibilidade, o acompanhamento dos casos requer monitoramento constante, acompanhamento no qual a atenção ou cuidados ofertados pelo Programa de Controle da Tuberculose 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<sup>28</sup>.

Os serviços de saúde que prestam assistência aos doentes com TB-MDR apresentam problemas com os mecanismos de coordenação, há uma descontinuidade do fluxo de informação, inexistência de um sistema que integre os serviços e otimize a coordenação do doente neste sistema, o que compromete o cuidado a esses pacientes<sup>24</sup>. Outro problema dos serviços de saúde é a centralização do cuidado aos pacientes com tuberculose resistente, estudo revela que um sistema de atenção centralizado apresenta dificuldade em proporcionar atenção ou cuidado continuado a esses pacientes o que resulta no insucesso do tratamento da doença e no seguimento do paciente<sup>29</sup>. A

coordenação dos serviços básicos de saúde que atenda às necessidades de uma comunidade deve exigir um sistema eficaz que garanta a articulação entre os diversos níveis de complexidade. Assim, entende-se que uma coordenação eficaz deve garantir uma assistência adequada aos pacientes com TB-MDR <sup>30</sup>.

## 1.4 A Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde é um termo polissêmico, mas para título desse trabalho iremos utilizar o conceito proposto por Champagne (31) por considerá-lo abrangente e envolver questões de grande relevância para a avaliação em saúde como o julgamento de valor, o envolvimento dos interessados e a tomada de decisões.

Para Champagne (31):

“[...] avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”

Para se tomar decisões no âmbito de uma política, projeto ou programas de saúde é necessário que se realize constantemente um julgamento de valor de sua eficácia, eficiência e efetividade <sup>32</sup>. A avaliação busca contribuir para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as suas atividades e efeitos, buscando tornar as políticas e os programas sociais mais coerentes com objetivo de promover melhoria social para os usuários <sup>33</sup>.

Os objetivos da avaliação podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os autores envolvidos ou somente por alguns. Dentre os objetivos oficiais estão: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, fornecer informação para melhorar uma intervenção, determinar os efeitos de uma intervenção, transformar uma situação injusta ou problemática, contribuir para o progresso dos conhecimentos e para elaboração teórica<sup>34,35</sup>.

Existem diversas formas de classificar a avaliação em saúde. A utilizada por Contradriopoulos (34) divide esta avaliação em avaliação normativa e pesquisa avaliativa. Todas as duas são formas de avaliar uma intervenção. A avaliação normativa tem uma relação muito estreita entre os efeitos de uma intervenção e seus critérios e normas, ela busca saber se o que tinha que ser feito foi realizado, de um modo desejável e respeitando as normas. A pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção<sup>35,31</sup>.

Existe uma necessidade crescente de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde e a avaliação parece ser a melhor solução para se obter essas informações<sup>34</sup>. Porém no Brasil, a área de avaliação em saúde apesar dos avanços ainda se encontra em estágio incipiente, com pouco interesse dos gestores em saber os efeitos e impactos produzidos por suas políticas e projetos e pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos<sup>36</sup>.

Desta forma, a institucionalização da avaliação apresenta-se ao mesmo tempo como uma oportunidade e um desafio para superar as limitações apresentadas. Ela pode ser entendida como uma contribuição para promover a construção de processos estruturados



e sistemáticos por meio da incorporação da avaliação na rotina dos serviços, buscando o desenvolvimento de atividades de qualidade compatíveis com a realidade local <sup>37,32</sup>.

Assim, pretende-se que a avaliação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TBMDR permitia conhecer essa intervenção de forma mais detalhada e abrangente, identificando as fragilidades e ações para sua melhoria. Uma vez que a avaliação além de permitir um julgamento de valor, tem também como objetivo garantir a implantação prática das políticas e o funcionamento dos serviços <sup>38</sup>.

## II. JUSTIFICATIVA

---

### **Considerando:**

- Que os sistemas de saúde se caracterizam por altos níveis de fragmentação de seus serviços;
- A relevância da tuberculose como problema de saúde pública e a sua importância na morbimortalidade na população;
- Que entre os problemas da tuberculose ao longo dos anos um dos mais preocupantes e discutidos tem sido a tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR);
- Que os sistemas de atenção fragmentados têm dificuldades em proporcionar atenção ou cuidado continuado a pacientes com TB-MDR;
- Que os casos de TB-MDR precisam ser tratados e acompanhados de forma coordenada por profissionais especializados e por equipe multidisciplinar, com articulação entre todos os níveis de atenção.

### **Este estudo se justifica pela:**

- Necessidade de avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção aos pacientes com TB-MDR no município do Recife
- Necessidade de identificar os nós críticos na coordenação do cuidado entre os níveis de atenção aos pacientes com TB-MDR no município do Recife
- Possibilidade de contribuir na reorganização da atenção ao paciente com TB-MDR, com propostas que venham melhorar a integração do sistema de serviços de saúde entre os níveis de atenção.

## III. OBJETIVOS

---

### 3.1 Objetivo Geral

Avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidroga-resistente na rede de serviços de saúde do município do Recife - PE

### 3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a coordenação da gestão clínica ao paciente com tuberculose multidroga-resistente na rede de serviços de saúde do município do Recife – PE;
- Analisar a coordenação da informação ao paciente com tuberculose multidroga-resistente na rede de serviços de saúde do município do Recife – PE;
- Analisar a coordenação administrativa ao paciente com tuberculose multidroga-resistente na rede de serviços de saúde do município do Recife – PE

## IV . ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

---

### 4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo de corte transversal, tomando-se a tuberculose multidrogarresistente como evento sentinela para avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção.

O evento sentinela é uma ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária, trata-se de uma ocorrência que pode resultar em danos físicos ou psicológicos irreparáveis<sup>39</sup>. O evento sentinela pode ser evitado por ações de saúde eficazes e obriga a investigação retrospectiva dos casos para obter informações sobre a qualidade da assistência prestada e propor medidas pertinentes<sup>40</sup>.

Esses eventos têm sido utilizados em vários países para o monitoramento da qualidade da atenção ao paciente como a mortalidade infantil, a sífilis congênita e o óbito por dengue<sup>40, 41, 42</sup>.

### 4.2. Área de estudo

O estudo foi realizado no município do Recife, capital pernambucana, que possui uma área territorial de 218,435 Km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 7.039,6 Hab/Km<sup>2</sup><sup>43</sup>.

A população estimada do Recife para 2014 é de 1.608.488 habitantes. Segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população do sexo feminino representa 53,87% e do sexo masculino 46,13%, está mais

concentrada na faixa etária de 30 a 59 o que representa um percentual de 41% da população <sup>44, 43</sup>.

Apesar de Recife ser o município mais desenvolvido de Pernambuco com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,772 ele apresenta graves problemas sociais caracterizado por uma mortalidade infantil de 12,6 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, um percentual de analfabetos de 6,9% e 35,42% dos indivíduos vivendo com menos de ½ salário mínimo por mês <sup>44</sup>.

O território do Recife está dividido em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). No que tange ao setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário – DS. Cada DS está dividido em três microrregiões que são unidades administrativas sem autonomia financeira <sup>43</sup>. Em 2014 foi realizada a criação de mais dois Distritos Sanitários (DS), o VII e VIII, ficando o Recife com oito DS. Houve mudança nas microrregiões, o novo DS VII ficou com as microrregiões 3.1 e a 3.2 do DS III e o novo DS VIII com as microrregiões 6.1 e a 6.2 do DS VI <sup>43</sup>.

Em relação a indicadores de saúde, Recife ainda apresenta sérios problemas de saúde pública. A tuberculose é um deles, com a maior mortalidade e a 4ª maior incidência entre as capitais brasileiras <sup>20</sup>.

A cobertura estimada de Estratégia de Saúde da Família do município é de aproximadamente 56%, com 121 Unidades e 257 Equipes de Saúde da Família. A Rede Municipal de Saúde possuía, em 2014, 283 equipamentos distribuídos entre as Unidades de Saúde da Família, unidades especializadas, maternidades, laboratórios entre outros <sup>43</sup>.

### **4.3 Estratégia de Pesquisa**

Como estratégia de pesquisa foi elaborado o modelo lógico da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. A partir do modelo lógico foi construída a matriz de julgamento que derivou o instrumento para coleta de dados. A seguir será descrito o processo de elaboração de cada etapa.

### **4.3.1 O modelo lógico**

A construção do modelo lógico detalha os componentes de uma intervenção de forma clara e norteadora permitindo de forma visual o desenho do seu funcionamento. Ele fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados), ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem à intervenção <sup>45</sup>. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais dessa intervenção <sup>38</sup>.

Baseado nesses conceitos foi construído o modelo lógico da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR. Para a elaboração desse modelo foi utilizado à literatura científica de Reid (17), Bertran (13), Vázquez (12, 18), Starfield (14) e o Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil (7).

O modelo lógico desenhado possui três componentes: Coordenação da informação, com três subcomponentes (registro da informação, transferência da informação e utilização da informação); coordenação da gestão clínica, com dois subcomponentes (seguimento do paciente e coerência da atenção) e coordenação administrativa. Para cada componente foi descrito os insumos necessários ao

desenvolvimento das atividades (processo) que levarão aos resultados a curto, médio e longo prazo (Figura 01).

Para aumentar a validade do modelo lógico, este foi submetido à consulta com sete especialistas que verificaram a completude dos elementos e a consistência das relações causais estabelecidas. Os especialistas consultados foram profissionais e gestores do Programa Nacional e Estadual de Controle da Tuberculose e acadêmicos envolvidos no estudo sobre a coordenação do cuidado. A consulta foi realizada através de email, videoconferência e presencial de acordo com a disponibilidade e preferência do especialista, obtendo-se o modelo lógico final (Figura 01).

### **4.3.2 Matriz de julgamento**

A partir do modelo lógico foi elaborada a matriz de julgamento. As matrizes no campo da avaliação expressam a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor <sup>46</sup>. A matriz de julgamento é considerada a matriz final da avaliação e difere da de monitoramento por incluir o mérito <sup>47</sup>.

A matriz construída é composta de três componentes: Coordenação da informação, com três subcomponentes (registro da informação, transferência da informação e utilização da informação); coordenação da gestão clínica, com dois subcomponentes (seguimento do paciente e coerência da atenção) e coordenação administrativa. O componente coordenação da informação apresenta 11 indicadores que estão distribuídos pelos seus três subcomponentes, sendo seis indicadores do

subcomponente registro da informação, três indicadores do subcomponente transferência da informação e dois indicadores do subcomponente uso da informação. O componente coordenação da gestão clínica apresenta 16 indicadores, sendo oito do subcomponente seguimento do paciente e oito do subcomponente coerência da atenção. Já o componente coordenação administrativa apresenta 12 indicadores. Para cada indicador foi definido um parâmetro arbitrariamente, bem como a fonte de verificação e a técnica de obtenção que guiou a coleta de dados (Figura 02).

#### **4.4. População de estudo**

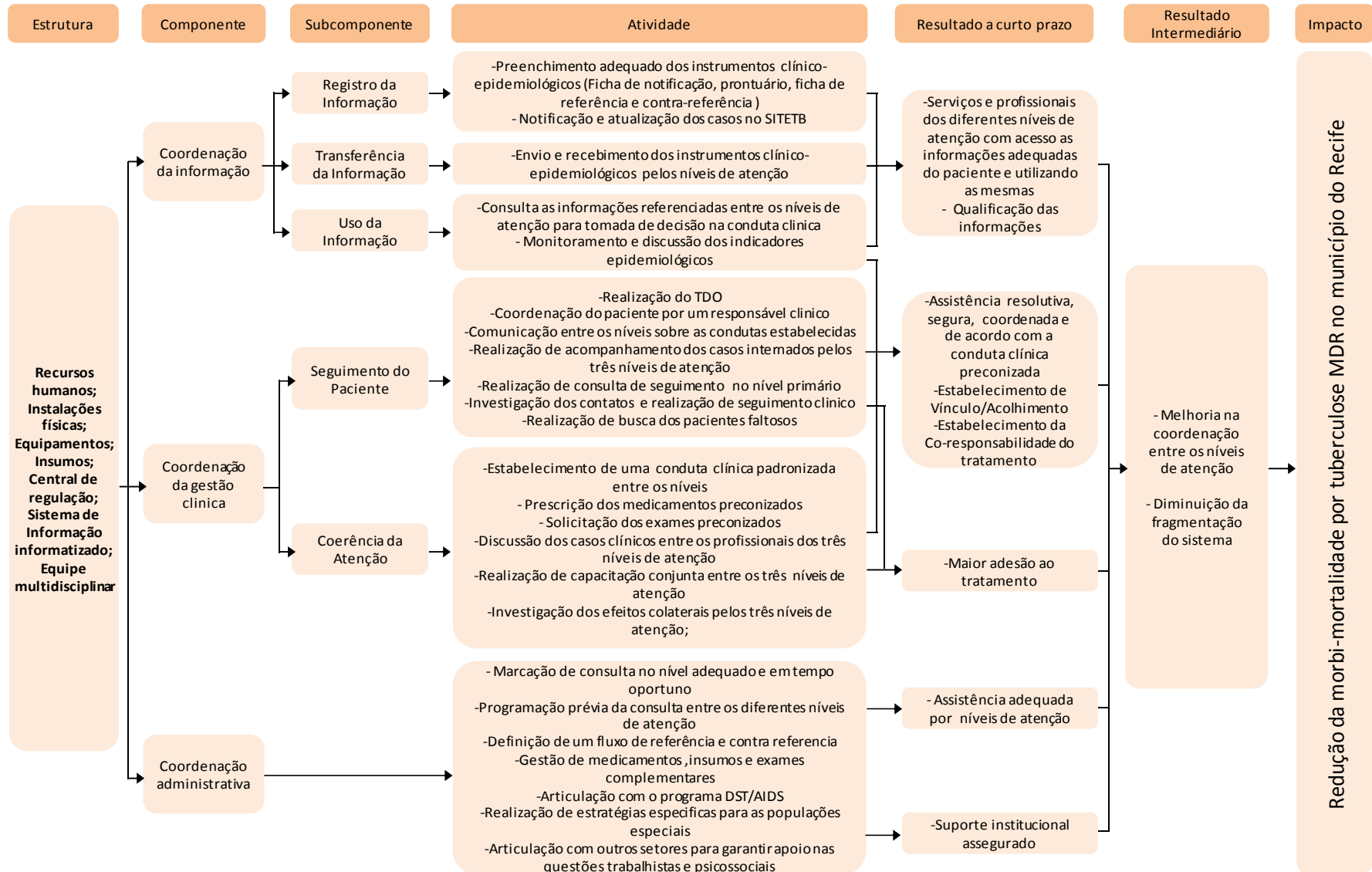
A população de estudo foi composta pelos profissionais e gestores envolvidos na assistência aos pacientes com tuberculose multidrogarresistente. Foram identificados os pacientes que no ano de 2014 (01 de janeiro a 31 de dezembro) receberam tratamento para tuberculose multidrogarresistente por meio da consulta ao Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB), totalizando 21 pacientes, e entrevistados os profissionais (médicos e enfermeiros) dos três níveis de atenção que realizaram atendimento e acompanhamento desses pacientes.

No âmbito municipal, esses pacientes foram atendidos e acompanhados por 15 Equipes de Saúde da Família (ESF), três Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e três unidades especializadas. No âmbito estadual todos eles foram atendidos e acompanhados pelo hospital de referência terciária.

Além dos serviços de atendimento ao paciente com tuberculose multidrogarresistente foram entrevistados os coordenadores distritais e o coordenador estadual do PCT.



**Figura 01.** Modelo lógico da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente



**Figura 02.** Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE OBTENÇÃO
<b>COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO (25 pontos)</b>	<b>REGISTRO DA INFORMAÇÃO (5 pontos)</b>	Existência dos instrumentos clínico epidemiológico (ficha de notificação, ficha de referência e contra-referência)	Existência das duas fichas = 0,75; Existência de uma das fichas = 0,5; Inexistência das duas fichas = 0	0,75	Secundário	Ficha de notificação e ficha de referência e contra-referência
		Percentual de profissionais preenchendo o prontuário do paciente com as informações necessárias (diagnóstico, motivo da referência, indicações para o seguimento da atenção, co-morbidades, resultados e exames solicitados, tratamentos farmacológicos, situação psicossocial, outras)	$\geq 80\% = 0,75$ ; $60\% - 79\% = 0,5$ ; $<60\% = 0$	0,75	Secundário	Prontuário
		Percentual de profissionais preenchendo adequadamente a ficha de notificação do paciente	$\geq 80\% = 0,75$ ; $60\% - 79\% = 0,5$ ; $<60\% = 0$	0,75	Secundário	Ficha de notificação
		Percentual de profissionais preenchendo a ficha de referência e contra-referência com as informações necessárias (diagnóstico, motivo da referência, indicações para o seguimento da atenção, co-morbidades, resultados e exames solicitados, tratamentos farmacológicos, situação)	$\geq 80\% = 1$ ; $60\% - 79\% = 0,5$ ; $<60\% = 0$	1	Secundário	Ficha de referência e contra-referência
		Percentual de profissionais preenchendo o resumo de alta hospitalar	$\geq 80\% = 1$ ; $60\% - 79\% = 0,5$ ; $<60\% = 0$	1	Primário	Entrevista
		Alimentação do SITETB de forma oportuna	SIM = 0,75 NÃO = 0	0,75	Secundário	SITETB
	<b>TRANSFERÊNCIA DA INFORMAÇÃO (10 pontos)</b>	Percentual de profissionais enviando a referência e contra-referência para os diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais recebendo a referência e contra-referência dos diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 4$ ; $60\% - 79\% = 2$ ; $<60\% = 0$	4	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais enviando o resumo de alta hospitalar para os diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
	<b>USO DA INFORMAÇÃO (10 pontos)</b>	Profissionais utilizando as informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica	$\geq 80\% = 5$ ; $60\% - 79\% = 2,5$ ; $<60\% = 0$	5	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção monitorando e discutindo os indicadores epidemiológicos	$\geq 80\% = 5$ ; $60\% - 79\% = 2,5$ ; $<60\% = 0$	5	Primário	Entrevista

(Continua)

**Figura 02.** Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente tuberculose multidrogarresistente

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE OBTENÇÃO
<b>COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA (50 pontos)</b>	<b>SEGUIMENTO DO PACIENTE (25 pontos)</b>	Realização do TDO	SIM = 3 NÃO = 0	3	Primário	Entrevista
		Existência de uma equipe multidisciplinar (composta por enfermeiro, médico, assistente social, técnico de enfermagem, farmacêutico, bioquímico, nutricionista, psicólogo) no nível terciário	Equipe multidisciplinar completa= 3; Equipe multidisciplinar com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social = 1,5; Equipe multidisciplinar com ausência de um médico ou enfermeiro ou técnico de enfermagem ou assistente social = 0	3	Primário	Entrevista
		Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	SIM = 4 NÃO = 0	4	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais médico do primeiro nível que consultam o médico especialista para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais médicos da atenção primária que realizam a consulta de seguimento do paciente TBMDR	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção realizando acompanhamento dos casos internados	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção que investigam os contatos e realizam seguimento	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção que realizam busca dos faltosos	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista

(Continua)

**Figura 02** .Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente tuberculose multidrogarresistente

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE OBTENÇÃO
<b>COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA (50 pontos)</b>	<b>COERÊNCIA DA ATENÇÃO (25 pontos)</b>	Percentual de pacientes com medicamentos preconizados disponíveis para o tratamento da TB-MDR	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Secundário	SITETB
		Percentual de pacientes realizando todos os exames preconizados (baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x, teste anti-HIV) para o diagnóstico e acompanhamento da TB-MDR	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Secundário	SITETB
		Existência de um protocolo padronizado entre os níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR	SIM = 3 NÃO = 0	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais que conhecem e utilizam protocolo para a conduta clínica (diagnóstico, tratamento, exames, critérios de encaminhamento para outro nível de atenção) entre níveis	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais realizando discussão dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção	$\geq 80\% = 4$ ; $60\% - 79\% = 2$ ; $<60\% = 0$	4	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais realizando matriciamento dos casos entre os níveis de atenção	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista
		Realização de capacitação conjunta entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção	SIM = 3 NÃO = 0	3	Primário	Entrevista
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção investigando os efeitos colaterais	$\geq 80\% = 3$ ; $60\% - 79\% = 1,5$ ; $<60\% = 0$	3	Primário	Entrevista

(Continua)

**Figura 02.** Matriz de julgamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente tuberculose multidrogarresistente

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE DADOS	TÉCNICA DE OBTENÇÃO
<b>COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA (25 pontos)</b>		Existência de fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR	SIM = 3 NÃO = 0	3	(Continua) Primário	Entrevista
		Existência de leitos com isolamento respiratório em quantidade suficiente	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Percentual de unidades de saúde com adequada estrutura de biossegurança (sala de atendimento com mesa de escritório, cadeiras para o usuário e o acompanhante e mesa de exame clínico; lavatório com torneiras; ambientes claros, com luminosidade natural se possível; janelas ou ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar para atendimento aos pacientes TB-MDR	$\geq 80\% = 2$ ; $60\% - 79\% = 1$ ; $< 60\% = 0$	2	Primário	Entrevista
		Funcionamento adequado dos fluxos assistenciais (referencia e contra-referencia) definidos para o	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Existência de consultas marcadas no nível adequado em tempo oportuno	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Existência de consultas marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Realização do controle logístico dos medicamentos	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Realização do controle logístico dos insumos	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Realização do controle logístico dos exames	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Articulação e integração com o Programa de	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Identificação das melhores estratégias para a abordagem das populações com maior vulnerabilidade de adoecimento: população privada de liberdade, população vivendo em situação de rua, povos	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista
		Articulação com outros setores para garantir apoio trabalhistas e psicossociais aos pacientes	SIM = 2 NÃO = 0	2	Primário	Entrevista

#### **4.5. Procedimento para coleta de dados**

Para a coleta de dados primários foi aplicado dois questionários estruturados: um para os profissionais (médicos e enfermeiros) dos três níveis de atenção que realizaram atendimento e acompanhamento dos pacientes com TB-MDR e o outro para os coordenadores distritais e o coordenador estadual do PCT (anexo). Esses questionários foram construídos a partir dos indicadores elencados na matriz de julgamento (Figura 2). Os dados secundários forma coletados do SITETB da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (Sevs) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

Foi realizado estudo piloto em uma unidade de referência secundária de um município da região metropolitana do Recife, para o pré-teste do instrumento. Neste piloto foram observados se todas as perguntas foram respondidas adequadamente, se ocorreram dificuldades de entendimento das questões, se alguma pergunta causou constrangimento, se existia termos dúbios, se a ordem das perguntas estava adequada, entre outros.

Antes da realização das entrevistas foi realizado um contato prévio e uma reunião com os coordenadores do PCT dos Distritos Sanitários onde foram esclarecidos os objetivos do estudo para posterior agendamento das visitas as unidades de saúde.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no período de maio a setembro de 2015.

#### **4.6. Processamento e análise dos dados**

Após a coleta foi construído um banco de dados no Microsoft Excel versão 2007 a fim de realizar o julgamento dos indicadores, subcomponentes, componente e global

da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR, a partir das definições da matriz de julgamento.

Cada componente da matriz recebeu uma pontuação a partir do número de indicadores que a compõe e da importância que cada um dos componentes guardam com a coordenação do cuidado, identificado em revisão de literatura. Assim, a coordenação da informação e a coordenação administrativa receberam 25 pontos e a coordenação da gestão clínica 50 pontos, totalizando 100 pontos. Na coordenação da informação seus subcomponentes receberam a seguinte pontuação: registro da informação cinco pontos, transferência da informação e uso da informação dez pontos, cada. Na coordenação da gestão clínica os subcomponentes seguimento do paciente e coerência da atenção receberam cada um 25 pontos. A coordenação administrativa não possui subcomponente recebendo no total 25 pontos como já descrito.

A pontuação dos componentes foi distribuída entre os indicadores e variou de 0,75 a 5,0 pontos. Essa distribuição considerou a relação de importância de cada um dos indicadores com o componente avaliado, identificados por meio da revisão teórica sobre o assunto, denominada pontuação máxima. O resultado de cada indicador foi comparado com um padrão ou norma.

Para os indicadores cujo padrão foi à existência/realização de um determinado item ou ação, a pontuação final foi dada pelo somatório das pontuações verificadas em cada entrevista dividido pelo número de entrevistados, representado pela seguinte fórmula:

$$p = \frac{\sum e}{n}$$

Onde: **p** = pontuação final do indicador

**e** = pontuação da entrevista

**n** = número de entrevistados

Os indicadores cujo padrão foi o percentual de profissionais que realizaram a ação, a pontuação final do indicador foi dada pelo número de profissionais que realizaram a ação dividido pelo número de profissionais entrevistados. O resultado foi confrontado com o padrão estabelecido pela matriz de julgamento e aplicado a pontuação correspondente a cada indicador analisado. Quando o indicador atingiu  $\geq 80\%$  da norma, recebeu a pontuação máxima, de 60-79% a metade da pontuação e menor que 60%, zero pontos (Figura 2), utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{p = Na}{n}$$

Onde: **p** = pontuação final do indicador

**Na** = número de entrevistados que realizaram a ação

**n** = número de entrevistados

O julgamento de valor foi realizado por meio do cálculo de uma regra de três simples para determinar a situação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR, a pontuação obtida foi dividida pela pontuação máxima e multiplicado por 100. Para a classificação da situação da coordenação foi utilizado o corte por quartis seguindo as recomendações de Alves <sup>46</sup>, denominado de: excelente ( $\geq 75\%$ ), bom (50%-74%), ruim (49%-25%) e crítico (menor que 25%).

#### **4.7. Aspectos éticos**



O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP sob o registro 4688-15 (Anexo 1), e seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e complementares. Segundo as recomendações dessa resolução todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tiveram sua identidade preservada e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **5.1 Categorização dos profissionais entrevistados**

As entrevistas foram realizadas nos meses de maio a setembro de 2015, pela pesquisadora principal, após contato com as gerências dos Distritos Sanitários. A estratégia da pesquisa de campo foi planejada e definida junto com os coordenadores do PCT de cada Distrito.

Ao todo foram realizadas 37 entrevistas que durou em média 25 minutos, o tempo mínimo de duração foi de 15 e o máximo de 50 minutos. A duração da cada entrevista variou de acordo com a receptividade e o grau de envolvimento do profissional com a coordenação do cuidado.

No nível primário, 18 unidades de saúde atenderam pacientes com TBMDR no ano de 2014. Nessas unidades foram entrevistados cinco médicos e dezoito enfermeiros. A diferença entre o número de médicos e enfermeiros deveu-se ausência de médicos em unidades tradicionais (2) e ESF (2), licença maternidade (1), não atendimento de paciente TBMDR por estes profissionais na ESF (7), o médico não fazer parte da estrutura da EACS (1). Não houve nenhuma recusa. Do total de entrevistados, 78,0% no nível primário foram enfermeiros e 22,0% médicos. Em relação ao sexo predominaram os profissionais do sexo feminino (96,0%) (Tabela 01).

O tempo médio de trabalho dos profissionais entrevistados no nível primário foi de oito anos, o que mostra certa estabilidade. O tempo mínimo foi de um ano e o máximo de 18 anos (Tabela 01).

**Tabela 01.** Categorização dos sujeitos entrevistados no nível primário. Recife, 2015

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médico	05	22
Enfermeiro	18	78

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	01	04
Feminino	22	96

<b>Tempo de trabalho (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
01 – 05	08	35
06 – 10	12	52
11 – 15	02	09
>15	01	04

No nível secundário foram entrevistados dois médicos pneumologistas e três enfermeiros, houve uma recusa por parte de um pneumologista. Predominou profissionais do sexo feminino (60,0%). Em relação ao tempo de trabalho apresentaram uma média de 15 anos, com um mínimo de dois e um máximo de 20 anos.

No nível terciário foram entrevistados dois médicos pneumologistas e um enfermeiro. Sendo dois do sexo feminino e um do masculino. Em relação ao tempo de trabalho a média foi de 16 anos, com um mínimo de três e um máximo de 24 anos.

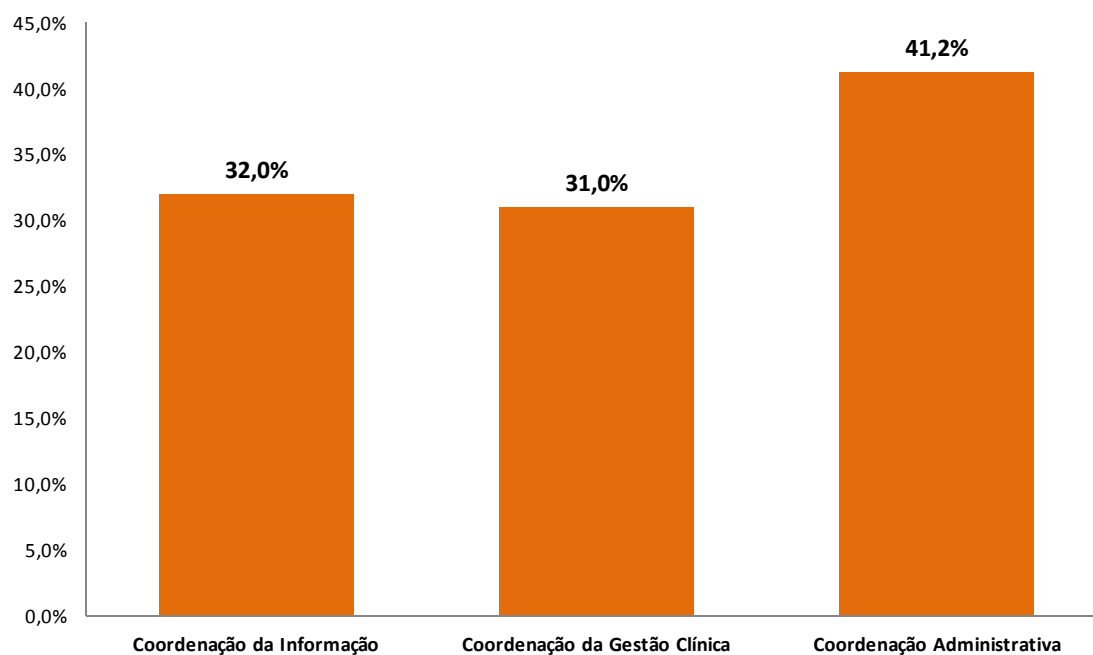
No nível da gestão foram entrevistados cinco coordenadores do PCT dos oito Distritos Sanitários do Recife e a coordenadora do PCT Estadual. Um coordenador distrital não pode participar devido à licença médica e período de férias. Dos que participaram, cinco eram do sexo feminino e um do masculino. Em relação ao tempo de trabalho a média foi de 22 meses, com um mínimo de seis e um máximo de 60 meses.

## 5.2 Avaliação da coordenação do cuidado entre níveis de atenção

A coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente no município do Recife em 2015 foi considerada ruim (32,5%) com variações entre os componentes que a compõe.

O componente que apresentou melhores resultados foi à coordenação administrativa (41,2%), seguida por a coordenação da informação (32,0%) e coordenação da gestão clínica (31,0%), todas classificadas como ruim. (Figura 03).

**Figura 03.** Gráfico da avaliação da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente segundo componente. Recife, 2015



Legenda:

■ Excelente  $\geq 75\%$     
 ■ Bom  $\geq 50\%$  e  $< 75\%$     
 ■ Ruim  $\leq 25\%$  e  $< 50\%$     
 ■ Crítico  $< 25\%$

Na coordenação administrativa apesar de 74,2% dos profissionais afirmarem existir fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR, apenas 45,2% desses

profissionais relataram um funcionamento adequado desses fluxos assistenciais. É importante destacar a inexistência de leitos com isolamento respiratório em quantidade suficiente; nenhuma unidade de saúde de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) apresentava adequada estrutura de biossegurança para atender os pacientes TBMDR e nenhum paciente em tratamento tem acesso a benefícios (vale transporte, cesta básica), apoio trabalhista e psicossocial (Quadro 02).

**Quadro 02.** Resultado do componente coordenação administrativa entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

COMPONENTE	Indicador	Pont. Obtida	Pont. Máxima	Resultado por indicador	Resultado final
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	Existência de fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR	2,23	3	74,2%	41,2%
	Existência de leitos com isolamento respiratório em quantidade suficiente	0	2	0,0%	
	Percentual de unidades de saúde com adequada estrutura de biossegurança	0	2	0,0%	
	Funcionamento adequado dos fluxos assistenciais (referencia e contra-referencia) definidos para o paciente TB-MDR	0,9	2	45,2%	
	Existência de consultas marcadas no nível adequado em tempo oportuno	1,61	2	80,6%	
	Existência de consultas marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção	1,74	2	87,1%	
	Realização do controle logístico dos medicamentos	0	2	0,0%	
	Realização do controle logístico dos insumos	1,33	2	66,7%	
	Realização do controle logístico dos exames	0,67	2	33,3%	
	Articulação e integração com o Programa de DST/AIDS	1,03	2	51,6%	
	Identificação das melhores estratégias para a abordagem das populações com maior vulnerabilidade de adoecimento	0,77	2	38,7%	
	Garantia de benefícios (vale transporte, cesta básica), apoio trabalhistas e psicossociais aos pacientes em tratamento	0	2	0,0%	

Legenda:

■ Excelente  $\geq 75\%$     
■ Bom  $\geq 50\%$  e  $< 75\%$     
■ Ruim  $\leq 25\%$  e  $< 50\%$     
■ Crítico  $< 25\%$

Entre os subcomponentes da coordenação da informação o que apresentou melhor resultado foi o registro da informação (70,0%), seguido da transferência da

informação (45,0%) e uso da informação (0,0%). Diante desses resultados esses subcomponentes foram classificados como bom, ruim e crítico, respectivamente (Quadro 03).

No subcomponente registro da informação todos os profissionais afirmaram preencher adequadamente a ficha de notificação do paciente e o resumo de alta hospitalar, bem como afirmaram que a alimentação do SITETB se dá de forma oportuna. Por outro lado, nenhum dos profissionais preenchiam adequadamente a ficha de referência e contra-referência (Quadro 03).

No subcomponente transferência da informação apesar de 77,4% dos profissionais afirmarem enviar a referência e contra-referência para o outro nível de atenção, apenas 25,8% desses profissionais afirmaram recebê-la (Quadro 03).

No subcomponente uso da informação 35,5% dos profissionais afirmaram utilizar as informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica e apenas 16,1% dos profissionais dos três níveis de atenção afirmaram monitorar e discutir os indicadores epidemiológicos (Quadro 03).

**Quadro 03.** Resultado do componente coordenação da informação entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	Indicador	Pont. Obtida	Pont. Máxima	Resultado por indicador	Resultado final
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	REGISTRO DA INFORMAÇÃO	Existência da ficha de notificação e/ou da ficha de referência e contrarreferência	0,50	0,75	66,7%	70,0%
		Percentual de profissionais preenchendo adequadamente o prontuário do	0,50	0,75	66,7%	
		Percentual de profissionais preenchendo adequadamente a ficha de notificação do paciente	0,75	0,75	100,0%	
		Percentual de profissionais preenchendo a ficha de referência e contra-referência com as informações necessárias	0,00	1	0,0%	
		Percentual de profissionais preenchendo o resumo de alta hospitalar	1,00	1	100,0%	
		Alimentação do SITE TB de forma oportuna	0,75	0,75	100,0%	
	TRANSFERÊNCIA DA INFORMAÇÃO	Percentual de profissionais enviando a referência e contra-referência para os diferentes níveis de atenção	1,50	3	50,0%	45,0%
		Percentual de profissionais recebendo a contra-referência dos diferentes níveis de atenção	0,00	4	0,0%	
		Percentual de profissionais enviando o resumo de alta hospitalar para os diferentes níveis de atenção	3,00	3	100,0%	
	USO DA INFORMAÇÃO	Percentual de profissionais utilizando as Informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica	0,00	5	0,0%	0,0%
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção monitorando e	0,00	5	0,0%	

Legenda:

■ Excelente  $\geq 75\%$     
■ Bom  $\geq 50\%$  e  $< 75\%$     
■ Ruim  $\leq 25\%$  e  $< 50\%$     
■ Crítico  $< 25\%$

Entre os subcomponentes da coordenação da gestão clínica o que apresentou melhor resultado foi o seguimento do paciente (44,6%), seguido da coerência da atenção (19,0%), classificados como ruim e crítico, respectivamente (Quadro 04).

No subcomponente seguimento do paciente destacou-se as ações referentes à busca ativa de contatos e faltosos, com 80,6% e 96,8% dos profissionais dos três níveis de atenção realizando essas atividades, respectivamente. Os principais pontos negativos observados foram a inexistência de uma equipe multidisciplinar para o tratamento e acompanhamento do paciente TBMDR no nível terciário, o baixo percentual de profissionais que referiram a existência de um responsável clínico para coordenar o

seguimento do paciente (58,1%). Além disso, na atenção primária, observou-se um pequeno percentual de médicos que referiram consultar especialistas para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes (23,5%) e realizar a consulta de seguimento do paciente TBMDR (36,8%), bem como, apenas 12,9% dos profissionais (médicos e enfermeiros) relataram realizar acompanhamento dos casos internados (Quadro 04).

O subcomponente coerência da atenção obteve o pior resultado entre os subcomponentes avaliados. O acesso dos pacientes aos medicamentos preconizados para o tratamento da TBMDR foi o que apresentou o melhor resultado com 80,6% dos profissionais relatando não haver problemas na dispensação desses medicamentos. As principais dificuldades foram em relação à existência de padronização na atenção do paciente com TBMDR, apenas 48,4% dos profissionais referiram existir protocolo padronizado entre níveis de atenção para o acompanhamento e seguimento desses pacientes e apenas 38,7% dos profissionais conhecem e utilizam o protocolo para a conduta clínica. Nas ações de educação permanente, observaram-se as maiores fragilidades com um pequeno percentual de entrevistados que afirmaram ter participado de capacitação conjunta com profissionais de outros níveis de atenção (9,7%) e nenhum profissional referiu ter realizado discussão e matriciamento dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção. Além desses problemas, destacaram-se o baixo percentual de pacientes que realizaram todos os exames preconizados (11,1%) e a baixa investigação de efeitos colaterais pelos profissionais dos três níveis de atenção (45,2%) (Quadro 04).





**Quadro 04.** Resultado do componente coordenação da gestão clínica entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente. Recife, 2015

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	Indicador	Pont. Obtida	Pont. Máxima	Resultado por indicador	Resultado final
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	SEGUIMENTO DO PACIENTE	Realização do TDO	1,16	3	38,7%	44,6%
		Existência de uma equipe multidisciplinar composta por (enfermeiro, médico, assistente social, técnico de enfermagem, farmacêutico, bioquímico, nutricionista, psicólogo) no nível terciário	0,00	3	0,0%	
		Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente	2,32	4	58,1%	
		Percentual de profissionais médico do primeiro nível que consultam o médico especialista para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes	0,00	3	0,0%	
		Percentual de profissionais médicos da atenção primária que realizam a consulta de seguimento do paciente TBMDR	0,00	3	0,0%	
		Percentual de profissionais realizando acompanhamento dos casos internados	0,00	3	0,0%	
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção que investigam os contatos e realizam seguimento clínico	3,00	3	100,0%	
		Percentual de profissionais dos três níveis de atenção que realizam busca dos faltosos	3,00	3	100,0%	
		CORÊNCIA DA ATENÇÃO	Percentual de pacientes com medicamentos preconizados disponíveis para o tratamento da TB-MDR	3,00	3	
	Percentual de pacientes realizando todos os exames preconizados para diagnóstico e acompanhamento (baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x, teste anti-HIV)		0,00	3	0,0%	
	Existência de um protocolo padronizado entre níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR		1,45	3	48,3%	
	Percentual de profissionais que conhecem e utilizam protocolo para a conduta clínica (diagnóstico, tratamento, exames, critérios de encaminhamento para outro nível de atenção) entre níveis		0,00	3	0,0%	
	Percentual de profissionais realizando discussão dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção		0,00	4	0,0%	
	Percentual de profissionais realizando matriciamento dos casos entre os níveis atenção		0,00	3	0,0%	
	Capacitação conjunta realizada entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção		0,29	3	9,7%	
	Percentual de profissionais dos três níveis de atenção investigando os efeitos colaterais		0,00	3	0,0%	

Legenda:

 Excelente  $\geq 75\%$

 Bom  $\geq 50\%$  e  $< 75\%$

 Ruim  $\leq 25\%$  e  $< 50\%$

 Crítico  $< 25\%$

## VI. DISCUSSÃO

---

A fragmentação caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde. Cada um desses pontos se organiza de forma separada, sem contribuir com a interligação da rede de serviços <sup>2</sup>. Nos sistemas fragmentados, os serviços privilegiam o tratamento médico de casos agudos, enfatizando as consultas e as internações hospitalares, em detrimento dos serviços preventivos, da atenção de longa duração a pacientes crônicos e da atenção domiciliar <sup>5, 6</sup>. Assim, os sistemas de saúde têm dificuldade em prestar uma assistência adequada aos pacientes portadores de condições crônicas, como por exemplo, aos portadores de tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR) <sup>7</sup>.

Essa fragmentação pode ser observada na frágil coordenação entre os níveis de atenção ao paciente TBMDR no município do Recife verificada no presente estudo. Esta situação reflete os elevados níveis de segmentação e fragmentação da atenção nos países da América Latina que fragilizam aspectos como a constituição de redes integradas e de um sistema coordenado <sup>10</sup>. Embora em alguns desses países, inclusive no Brasil, comecem a existir experiências focando as diretrizes da integralidade, ainda são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados <sup>1,6</sup>.

A coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente no município do Recife em 2014 foi considerada ruim. Esse resultado mostra concordância com o estudo realizado por Mendes (6) que

observa que as ações de saúde desenvolvidas durante o processo de assistência ocorrem de maneira descontínua, com pouca integração e articulação entre os pontos de atenção, evidenciando a predominância de um modelo de atenção fragmentado.

O componente coordenação administrativa apresentou escore ruim na avaliação dos seus indicadores. Esse componente relaciona-se com os canais administrativos pelos quais o paciente transita para obter atenção e a regulação dos fluxos assistenciais (consultas, exames, internações, serviços de emergência) e com o acesso do paciente ao longo do contínuo assistencial da rede de serviços, de acordo com suas necessidades<sup>18</sup>. No presente estudo a maioria dos profissionais afirmaram existir fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR, contudo, poucos relataram um funcionamento adequado desses fluxos. Isso acarreta em obstáculos no acesso aos serviços como barreiras físicas e burocráticas. Este acesso deve garantir ao paciente qualidade e resolubilidade na sua assistência em todos os níveis de atenção<sup>48,49</sup>.

Ainda sobre a coordenação administrativa nenhuma unidade de saúde de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) apresentou adequada estrutura de biossegurança para atender aos pacientes TBMDR. Essas normas encontram-se estabelecidas no Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil que traz as medidas técnicas e administrativas a serem tomadas para a adequação física das unidades de saúde e as normas de controle de infecção. O referido manual destaca que as medidas diferem de uma instituição para outra de acordo com a magnitude do risco de transmissão da tuberculose<sup>7</sup>.

As condições de vida e trabalho expõem a população a riscos diferenciados em desenvolver a tuberculose. Estudo realizado por Bowkalowski (50) identificou a baixa escolaridade, dificuldade em relação ao transporte coletivo para se deslocar até às

unidades de saúde, a demora na espera pela consulta, a baixa renda de até 2 salários mínimos como fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas em adquirir a tuberculose. Além disso, a OMS declarou que as principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo é a desigualdade social e que os bolsões de pobreza das cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da doença <sup>51</sup>. Diante dessas vulnerabilidades sociais dos pacientes com tuberculose torna-se fundamental a garantia de benefícios que garantam a adesão e a conclusão do tratamento <sup>7</sup>. Apesar disso, os profissionais afirmaram que nenhum paciente em tratamento tem acesso a benefícios (vale transporte, cesta básica), apoio trabalhista e psicossocial para facilitar sua adesão ao tratamento. Estudo realizado em Ribeirão Preto aponta que um dos incentivos para adesão dos pacientes ao tratamento da tuberculose é a disponibilidade de benefícios como cesta básica mensal e vale transporte <sup>52</sup>. Além de estar preconizado pelo Ministério da Saúde que um dos papéis da atenção básica é oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento <sup>7</sup>.

A coordenação da informação também apresentou escore ruim com variação entre seus subcomponentes, enquanto o subcomponente registro da informação foi classificado como bom, a transferência da informação apresentou um escore ruim e o uso da informação, crítico. A coordenação da informação é entendida como a transferência das informações do paciente entre os níveis de atenção e o uso dessa informação pelos profissionais desses diferentes níveis para a tomada de decisão clínica no atendimento atual e para que isso aconteça é fundamental que o registro dessa informação ocorra de forma adequada <sup>13</sup>. Dessa forma, para se garantir que a

coordenação da informação ocorra de forma efetiva os profissionais dos diferentes níveis têm que além de registrar as informações, transferi-las e usá-las de maneira adequada.

No que se refere ao registro da informação todos os profissionais relataram preencher adequadamente a ficha de notificação e o resumo de alta hospitalar, bem como alimentar oportunamente o SITETB. O preenchimento adequado desses instrumentos são atributos para que ocorra a coordenação da informação, refere-se aos mecanismos formais que estão envolvidos no atendimento ao paciente e garantem a continuidade do cuidado <sup>13</sup>. É importante destacar que a alimentação oportuna do SITETB é pré-requisito para que os pacientes recebam a medicação em tempo oportuno o que influencia diretamente na coordenação da gestão clínica que tem como um dos seus atributos a prescrição correta e sem discordâncias dos medicamentos preconizados pelos profissionais dos diferentes níveis de atenção <sup>53</sup>.

Apesar do preenchimento desses instrumentos, nenhum dos profissionais preenchia adequadamente a ficha de referência e contra-referência. O não preenchimento desses instrumentos pode se configurar em obstáculo para a continuidade da assistência ao paciente <sup>24</sup>. Esses resultados estão em consonância com o estudo realizado por Assis (24) que identificou que as equipes dos serviços não garantem o registro das informações necessárias para os mecanismos de referência e contra-referência no atendimento do doente de tuberculose. Bem como no estudo realizado por Silva (30) que identificou problemas de preenchimento nos formulários (guias de referência) como a falta de dados importantes para definição do diagnóstico ou resolução dos problemas apresentados.

Além das dificuldades no preenchimento o presente estudo identificou falhas tanto na transferência quanto no uso da informação e constatou que apesar da maioria dos profissionais afirmarem enviar a referência e contra-referência para o outro nível de atenção poucos afirmaram receber essa referência e contra-referência. Esses achados corroboram com o estudo de Berendsen (54) que relata descontinuidade no fluxo das informações que não chegam ao profissional do outro nível. Este autor ainda verificou que existem relatos de profissionais da atenção primária de não receberem informações dos especialistas do outro nível de atenção.

No uso da informação poucos profissionais afirmaram utilizar as informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica. A literatura traz que para que exista coordenação da informação, não só é necessário transmitir a informação entre os níveis, mas também que os profissionais as levem em consideração nas suas tomadas de decisões <sup>13</sup>.

Ainda sobre o uso da informação, poucos profissionais dos três níveis de atenção afirmaram monitorar e discutir os indicadores epidemiológicos. Embora a recomendação do PCT seja conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo. Esta ação é de grande importância para o planejamento das ações de controle e acompanhamento dos casos, ficando muitas vezes subjugadas como ações sem sentido de cunho burocrático <sup>7</sup>.

O componente coordenação da gestão clínica foi avaliado como ruim e os seus subcomponentes, seguimento do paciente e coerência da atenção, foram classificados como ruim e crítico, respectivamente. A coordenação da gestão clínica é a prestação de cuidados de forma seqüencial e complementar dentro de um plano de cuidado, que

envolve diferentes profissionais e serviços, compartilhado pelos níveis de atenção envolvidos no atendimento ao paciente. A falta desta coordenação cria um contexto desfavorável para uma assistência coordenada <sup>18</sup>.

No seguimento do paciente observa-se a inexistência de uma equipe multidisciplinar para o tratamento e acompanhamento do paciente TBMDR no nível terciário. Embora se tenha conhecimento que uma equipe multidisciplinar corrobore para um atendimento integral ao paciente com uma assistência coordenada <sup>53</sup>.

Cerca da metade dos profissionais não identificaram a existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente, outro ponto importante é que a maioria desses profissionais tanto da atenção primária como da atenção especializada não se viam como o coordenador do cuidado desses pacientes. Alguns estudos relataram a importância de um médico, da atenção primária ou especialista, capaz de coordenar o seguimento do paciente e a transição de informação de um serviço a outro para melhorar a coordenação da assistência e assim garantir a continuidade do cuidado <sup>55,56</sup>. A literatura aponta que um dos atributos para a coordenação da atenção é a existência de um responsável clínico por este paciente que atue como coordenador entre os níveis de atenção e que de preferência esse coordenador seja o profissional da atenção primária, já que esta deve atuar como coordenadora do cuidado <sup>53,14</sup>.

No presente estudo, foi identificado que poucos médicos do nível primário realizavam a consulta de seguimento ao paciente TBMDR, sendo que a realização dessa consulta de forma oportuna é um atributo para que ocorra o seguimento adequado do paciente. Além disso, o PCT também recomenda que os pacientes TBMDR sejam acompanhados pelos profissionais da atenção básica <sup>53, 7</sup>. Poucos médicos do primeiro nível referiram consultar especialistas para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos

pacientes. Essa descontinuidade do fluxo de comunicação e informação pode se configurar em obstáculo para a continuidade da assistência <sup>24</sup>.

O subcomponente coerência da atenção obteve um dos piores resultados entre todos os avaliados. As principais dificuldades foram em relação à existência de padronização na atenção do paciente com TBMDR, poucos profissionais referiram existir protocolo padronizado entre níveis de atenção para o acompanhamento e seguimento desses pacientes, bem como o baixo percentual de profissionais que conheciam e utilizavam o protocolo para a conduta clínica. Um dos atributos da coerência da atenção para garantir uma assistência coordenada é a implementação de mecanismos como guias de práticas clínicas compartilhadas, guias farmacológicos e guias de referência e contrarreferência adequadas <sup>53</sup>.

Nas ações de educação permanente, um número muito baixo de entrevistados afirmou ter recebido capacitação conjunta com profissionais de outros níveis de atenção, nenhum profissional referiu ter realizado discussão e matriciamento dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção. Estudo realizado em quatro municípios brasileiros mostra que as capacitações para desenvolvimento de habilidades ou competências técnicas em áreas específicas são consideradas importantes para aumentar a resolutividade das equipes e que os gestores e gerentes compreendem que a formação continuada deve ter como base o processo de trabalho <sup>57</sup>. Este mesmo estudo relata que o matriciamento é visto como estratégia para promover interlocução entre distintos equipamentos da rede de serviços de saúde e destacou entre as inovações mencionadas para qualificar as ações da ESF, ao prever que especialistas apoiem profissionais da atenção primária por meio de interconsulta, à discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar como a sua referência <sup>57</sup>. É importante salientar também que dentro



do Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil está preconizada a discussão de casos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção <sup>7</sup>.

No presente estudo verificou-se que a maioria dos profissionais dos três níveis de atenção não considera que a atenção ao paciente TBMDR entre os níveis de atenção está coordenada, mas todos eles afirmaram que uma atenção coordenada melhoraria a assistência a esses pacientes. O que presenciamos foi um sistema descoordenado com problemas nos mecanismos de coordenação, uma descontinuidade no fluxo de informação e uma discordância com os atributos que garantem um sistema coordenado. A coordenação dos serviços básicos de saúde deve exigir um sistema eficaz que garanta a articulação entre os diversos níveis de complexidade <sup>24, 30</sup>.

## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Este estudo avaliativo permitiu compreender como está organizada a coordenação entre os níveis de atenção ao paciente TBMDR no município do Recife em 2015. Percebe-se que a assistência a esses pacientes se encontra fragmentada, não garantindo um cuidado coordenado. A coordenação do cuidado no referido município foi considerada ruim, bem como todos os componentes que a compõe (informação, gestão clínica e administrativa). Esses achados demonstram a interdependência entre os mecanismos dessas coordenações que devem estar articulados para garantir uma coordenação adequada.

Os serviços de saúde que prestam assistência aos doentes com TBMDR apresentaram problemas com os mecanismos da coordenação administrativa. Identificou-se que os fluxos assistenciais não ocorrem de maneira adequada, o que pode acarretar em obstáculos no acesso aos serviços de saúde, as unidades de saúde não apresentam estrutura de biossegurança para atender ao paciente TBMDR e esses pacientes não recebem nenhum benefício que auxiliem na adesão ao tratamento.

Na coordenação da informação foi encontrado fragilidades no registro, transferência e uso da informação pelos profissionais dos serviços de saúde. Há uma descontinuidade do fluxo dessa informação e uma deficiência da referencia e contra-referencia. Não existe comunicação fluida entre a atenção primária e secundária e nem destas com a atenção terciária, o que pode comprometer a assistência prestada.

A coordenação da gestão clínica foi a que apresentou um dos piores resultados entre os componentes avaliados, o que compromete a atenção coordenada já que ela é

fundamental para garantir a continuidade do cuidado. O estudo mostrou que o seguimento do paciente está comprometido evidenciado pela inexistência de uma equipe multidisciplinar, ausência na maioria das situações de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente e grande parte dos médicos do nível primário que não realizam a consulta de seguimento ao paciente TBMDR. Existem falhas na coerência da atenção que podem ser verificadas pela deficiência na padronização da atenção ao paciente com TBMDR, ausência de capacitação conjunta com os profissionais dos três níveis de atenção, não realização de discussão e matriciamento dos casos clínicos entre os diferentes níveis de atenção. As falhas no seguimento do paciente e na coerência da atenção levam a perda da continuidade dos cuidados e a falta de coerência dos serviços oferecidos com as necessidades dos usuários.

Percebe-se com este estudo que os níveis de atenção se organizam de forma separada, com falhas na interligação da rede de serviços, o que resulta numa rede descoordenada e fragmentada. É importante destacar que um dos objetivos finais das redes é melhorar a eficiência global na prestação e continuidade dos cuidados através de um objetivo intermediário que é a coordenação dos serviços <sup>12</sup>.

## VIII. RECOMENDAÇÕES

---

Diante dos resultados apresentados a fim melhorar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TBMDR no município do Recife, recomenda-se algumas intervenções:

- ✓ Estabelecer o funcionamento adequado dos fluxos assistenciais e divulgá-los para os profissionais das unidades de saúde;
- ✓ Organizar as unidades de saúde de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) com adequada estrutura de biossegurança para atender aos pacientes TBMDR;
- ✓ Articular com outros setores para garantir benefícios (vale transporte, cesta básica), apoio trabalhistas e psicossociais aos pacientes em tratamento;
- ✓ Sensibilizar os profissionais sobre a importância do registro adequado das informações necessárias para garantir a continuidade da assistência ao paciente;
- ✓ Organizar e formalizar um fluxo de referência e contra-referência mediante a implantação de um instrumento que garanta o compartilhamento das informações entre as unidades dos níveis de atenção primário, secundário e terciário;
- ✓ Estruturar uma equipe multidisciplinar para o tratamento e acompanhamento do paciente TBMDR na referência terciária. Estabelecer um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção;
- ✓ Garantir o acompanhamento dos pacientes TBMDR pelos médicos do nível primário com a realização da consulta de seguimento;

- ✓ Padronizar entre os níveis de atenção, um protocolo para o acompanhamento e seguimento dos pacientes e divulgar esse protocolo para os profissionais da rede;
- ✓ Capacitar conjuntamente os profissionais dos três níveis de atenção sobre a assistência ao paciente TBMDR;
- ✓ Realizar discussão e matriciamento dos casos clínicos entre os profissionais dos três níveis de atenção que prestam assistência aos pacientes TBMDR;
- ✓ Divulgar os resultados dessa avaliação com os gestores, gerentes, coordenadores e profissionais dos três níveis de atenção que estão diretamente envolvidos na assistência ao paciente TBMDR

## IX . REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. de Saúde Publ.* 2010; 26(2): 286-298.
2. Zitter MA. New paradigm in health care delivery: disease management. In: *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes* (W.E. Todd & D. Nash, ed), Chicago: American Hospital Publishing Co; 1996.
3. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS; 2011.
4. Sá PK. Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói /Rj. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2003; 115f.
5. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória. Espírito Santo, Brasil. *Cad. de Saúde Publ.* 2007; 23(6): 1405-1414.
6. Mendes EV. A atenção primária no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília:Ministério da Saúde; 2011.
8. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien. Saúde Colet.* 2010; 15(5): 2307-2316.
9. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. *Cad. de Saúde Públ.* 2004; 20(2): 331-336.
10. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Euro Social Salud; 2007.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2º ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.

13. Beltrán P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación (Tesina de Máster). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, Máster en Salud Pública; 2006.
14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. Ministério da Saúde; 2002.
15. Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac. Sanit.* 2006; 20(6): 485-495.
16. Terraza NR. Coordinación y Continuidad. Un marco para el análisis. Tesina Máster em Salud Pública. UPF; 2004.
17. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
18. Vázquez ML, Vargas I, Unger J, Mogollón A, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2009; 26(4): 360-367.
19. Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev. de Saúde Pública.* 2007; 41(1): 34-42.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília; 2013.
21. Ruffino Netto A. Tuberculose MDR. *Médicos.* 1998; 1: 39-41.
22. WHO- World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO Report. Geneva; 2010. WHO - World Health Organization. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDRTB): 2010. *Bull World Health Organ.* 2009; 87(6): 481-483.
23. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. *Boletim Tuberculose.* Recife; 2014.
24. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF et al . A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46(1): 111-118.
25. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto contexto-enferm.* 2012; 21(3): 650-657.
26. Vieira RCA, Fregona G, Palaci M, Dietze R, Maciel ELN. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007; 10(1): 56-65.

27. WHO - World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the recommended TB control strategy known as DOTS. WHO Report. Geneva; 1999.
28. Nóbrega, RG. As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação. Dissertação. [Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba]. João Pessoa; 2007.
29. 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): 978-980.
30. 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 Públ.* 2010; 34(2): 227-239.
31. Champagne F, Contrandiopoulos AP, Brousselle A, Hartz ZMA, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 41-60.
32. Freese de Carvalho E, Sampaio J, Cesse E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: Augusto LGS, Carneiro R, Martins PH. Abordagem ecossistêmica em saúde. Recife: Ed Universitária da UFPE; 2005.
33. Mark MM, Henry GT, Julnes G. Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding and improving policies and programs. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2000.
34. Contandriopoulos AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; p. 29-47.
35. Figueró AN, Frias PG, Navarro LME. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook. 2010; 1:1-13.
36. Sampaio J, Carvalho EMF, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1): 279-290.
37. Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2004; 4(3): 317-321.



38. Hartz, ZMA. Institucionalizing the evaluation of health programs and polices in France:cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 229-259.
39. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N. Engl. J. Med.* 1976; 294:582-8.
40. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30: 310-8.
41. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(1): 147-157.
42. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Filha NTS, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade de assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(12): 2373-2385.
43. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Plurianual 2014 -2017. Recife; 2014.
44. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage na Internet]. Resultados do Censo 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)>. Acesso em: 21 de jul 2014.
45. Bezerra LCA; Cazarim G; Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Org.) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook. 2010; p. 65-78.
46. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook. 2010; 8:89-107.
47. Natal, S. Primeira Etapa da Avaliação Formativa do Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Componente III. Relatório Executivo DAB/SAS/MS. Brasília, 2006. 59 p.
48. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. *Diário Oficial da União*. 24 jul 2007; Seção 1.

49. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(2):346-352.
50. Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito Sanitário de Santa Felicidade - Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(1):92-99.
51. World Health Organization. Global tuberculosis. [Reportserial] 2009. Disponível: <http://www.who.int/gtg/publications>.
52. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da Tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002; 10(1): 5-12.
53. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2011.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(2): 84-95.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 01

Questionário sobre a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR para os profissionais das Unidades de Saúde

<b>1. Dados do entrevistado</b>	
<b>Data:</b>	___ ___ / ___ ___ / ___ ___
<b>Hora de início</b>	___ ___: ___ ___
<b>Hora de término</b>	___ ___: ___ ___
<b>Local onde trabalha:</b>	_____
<b>Profissão:</b>	_____
<b>Especialidade:</b>	_____
<b>Cargo: :</b>	_____
<b>Quanto tempo está neste cargo:</b>	_____

<b>Coordenação da Informação</b>	
1- Existe na Unidade a Ficha de Notificação para TBMDR?	
a) Sim b) Não c) Às vezes d) Não sabe e) Não se aplica	
2- Existe na Unidade a ficha de referência e contra-referência?	
a) Sim b) Não c) Às vezes d) Não sabe e) Não se aplica	
3- Existe na Unidade de Referência o SITETB instalado?	
a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica	

<p>4- Que informações geralmente são colocadas no prontuário do paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Suspeita diagnóstica ou diagnóstico</li><li>b) Motivo da referência</li><li>c) Indicações para o seguimento da atenção</li><li>d) Co-morbidades</li><li>e) Exames solicitados</li><li>f) Resultados de exames</li><li>g) Tratamentos farmacológicos</li><li>h) Situação Psicossocial</li><li>i) Outras</li><li>j) Não se aplica</li></ul>
<p>5 – Preenche a ficha de notificação?</p> <p>a) Sim, todos os campos aplica      b) Sim, alguns campos      c) As vezes      d) Nunca      e) Não se aplica</p>
<p>6 - Que informações geralmente se coloca na ficha de referência e contra-referência?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Suspeita diagnóstica ou diagnóstico</li><li>b) Motivo da referencia</li><li>c) Indicações para o seguimento da atenção</li><li>d) co-morbidades</li><li>e) Exames solicitados</li><li>f) Resultados de exames</li><li>g) Tratamentos farmacológicos</li><li>h) Situação Psicossocial</li><li>i) Nenhuma</li></ul>

j) Não se aplica
7- Faz o resumo de alta hospitalar?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
8- Envia a ficha de referência e contra-referência para o outro nível de atenção?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
9- Envia o resumo de alta hospitalar para o outro nível de atenção?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
10 - Utiliza as Informações referenciadas entre os níveis de atenção para a tomada de decisão na conduta clínica atual?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
11 - As informações trocadas pelos profissionais dos diferentes níveis (generalistas e especialistas) são necessárias para dar seguimento ao atendimento do paciente?  a) Sim b) Às vezes c) Não b) Não sabe e) Não se aplica
12- Monitora e discute os indicadores epidemiológicos da TBMDR?  a) Sim b) Às vezes c) Não d) Não sabe e) Não se aplica

### Coordenação da Gestão Clínica

13- Todos os pacientes tem acesso aos medicamentos preconizados?  a) Sim b) Não c) Às vezes d) Não se aplica
--

14- Todos os pacientes tem acesso aos exames preconizados (baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x)?

- a) Sim, a todos os exames
- b) Sim apenas a baciloscopia de escarro
- c) Sim, apenas a cultura de secreção
- d) Sim, apenas ao Raio- X
- e) Sim a alternativa b e c
- f) Sim a alternativa b e d
- g) Sim a alternativa c e d
- h) Não sabe

15 - A equipe no nível terciário que presta assistência aos pacientes TBMDR é composta por quais profissionais?

- A) Médico
- B) Enfermeiro
- C) Técnico de enfermagem
- D) Assistente Social
- E) Bíoquímico
- F) Farmacêutico
- G) Nutricionista
- H) Psicólogo
- I) Não se aplica

Obs: pode haver mais de uma resposta

16 - Existe um protocolo padronizado entre níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR?

- a) Sim b) Não c) Não sabe

17 - Os diferentes níveis de atenção utilizam o mesmo protocolo para a conduta clínica (definir diagnóstico, tratamento, exames, critérios de encaminhamento)?

- a) Sim, para o diagnóstico
- b) Sim, para o tratamento
- c) Sim, para os exames
- d) Sim, para os criterios de encaminhamento
- e) Sim, para todas as opções
- f) Não utiliza nenhuma opção
- g) Não sabe
- h) Não se aplica

Obs: Pode haver mais de uma resposta

18 - Existe um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente?

- a) Sim b) Não c) Não sabe

18.1- Se sim quem é esse responsável?

-----

19 - O médico da atenção primária realiza consulta de seguimento ao paciente TB-MDR que foi atendido na atenção especializada?

- a) Sim b) As vezes c) Não d) Não sabe e) Não se aplica

20 - O médico do primeiro nível consulta o médico especialista para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes?

- a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

21- Os profissionais realizam acompanhamento dos casos internados?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
22- Investiga os contatos e realiza seguimento clínico dos mesmos?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
23 - Realiza busca dos pacientes faltosos?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
24 - O TDO é realizado?  a) Sim b) Às vezes c) Não
25 - Os profissionais dos diferentes níveis de atenção realizam discussão dos casos de TB-MDR?  a) Sim, para todos os casos b) Sim, para alguns casos c) Nunca realizam discussão d) Não sabe e) Não se aplica
26 - Realiza matriciamento dos casos de TB-MDR entre os níveis de atenção?  a) Sim, para todos os casos b) Sim, para alguns casos c) Nunca realizam matriciamento d) Não sabe e) Não se aplica
27- Recebe capacitação com os profissionais dos diferentes níveis de atenção para discutir fluxos e



condutas clínicas?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
28- Os profissionais dos diferentes níveis de atenção investigam os possíveis efeitos colaterais do tratamento para TB-MDR e comunicam ao profissional do outro nível?  a) Sim b) Às vezes c) Não d) Não sabe e) Não se aplica
29 - Os profissionais comunicam as condutas clínicas estabelecidas ao profissional do outro nível? a) Sim b) Não c) Não sabe e) Não se aplica  29.1- Se sim qual a forma de comunicação? -----
30 – Realiza atividade educativa para a TBMDR?  a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

<b>Coordenação Administrativa</b>
31 - Existem fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR na rede?  a) Sim b) Não c) Não sabe
32 - Esses fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR funcionam de forma efetiva? a) Sim b) Não c) Não sabe

33 - A unidade de saúde possui estrutura de biossegurança para o atendimento aos pacientes com TB-MDR?

- a) Mesa de escritorio
- b) Cadeiras para paciente e acompanhante
- c) Mesa clínica
- d) Lavatório com torneira
- e) Ambientes claros (luminosidade natural, se possível)
- f) Janela (ventilação direta)
- g) Exaustor (ventilação indireta)

34- As consultas para os pacientes TB-MDR são marcadas no nível adequado de acordo com as necessidades do paciente?

- a)Sim b)Não c) Não sabe

35- Quando o paciente é encaminhado de um nível para o outro demora muito para conseguir a consulta?

- a)Sim b) Não c) Não sabe

Quanto tempo?

-----

36- As consultas são marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção?

- a)Sim b)Não c) Não sabe

37- Os profissionais tem conhecimento da marcação da consulta para um nível diferente do seu nível (dia, horário)?

- a)Sim b)Não c) Não sabe

38- Os profissionais do nível primário e especializado discutem com o paciente sobre a consulta realizada no outro nível de atenção?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

39- Os pacientes em tratamento tem direito a benefícios?

- a) Vale transporte
- b) Cesta básica
- c) Apoio trabalhista
- d) Apoio Psicossocial
- e) Nenhum
- f) Não sabe
- g) Não se aplica

40- Existem estratégias específicas para os pacientes de população de maior vulnerabilidade (PPL, PVSR, indígenas)?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

41- Existe articulação com o programa de DST/AIDS para os pacientes co-infectados?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

### Coordenação entre níveis de atenção

42- Você acha que a atenção ao paciente TB-MDR entre os níveis de atenção (atenção primária e especializada) está coordenada?

a) Sim b) Não c) Não sabe

- Por quê?

43- Você acha que uma atenção coordenada melhora a assistência ao paciente TB-MDR?

a) Sim b) Não c) Não sabe

- Por quê?

## APÊNDICE 02

Questionário sobre a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente TB-MDR para os profissionais das gerências e coordenações do PCT

<b>1. Dados do entrevistado</b>
<b>Data:</b> ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
<b>Hora de início</b> ___ ___: ___ ___
<b>Hora de término</b> ___ ___: ___ ___
<b>Local onde trabalha:</b> _____
<b>Profissão:</b> _____
<b>Especialidade:</b> _____
<b>Cargo: :</b> _____
<b>Quanto tempo está neste cargo:</b> _____

<b>Coordenação da Informação</b>
<p>1- Existe na Unidade a Ficha de Notificação?</p> <p>a) Sim b) Não c) Às vezes d) Não sabe e) Não se aplica</p>
<p>2- Existe na Unidade a ficha de referência e contra-referência?</p> <p>b)                   Sim b) Não c) Às vezes d) Não sabe e) Não se aplica</p>
<p>3- Existe na Unidade de Referência o SITETB instalado?</p> <p>a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica</p>

7- Faz o resumo de alta hospitalar?
b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
8- Os profissionais enviam a ficha de referência e contra-referência para o outro nível de atenção?
b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
9- Os profissionais enviam o resumo de alta hospitalar para o outro nível de atenção?
b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica
12- Monitora e discute os indicadores epidemiológicos da TBMDR com as Unidades de Saúde?
b) Sim b) Às vezes c) Não d) Não sabe e) Não se aplica

<b>Coordenação da Gestão Clínica</b>
13- Todos os pacientes tem acesso aos medicamentos preconizados?
b) Sim b) Não c) Às vezes d) Não se aplica
14- Todos os pacientes tem acesso aos exames preconizados (baciloscopia de escarro, cultura de secreção, raio-x)?
i) Sim, a todos os exames
j) Sim apenas a baciloscopia de escarro
k) Sim, apenas a cultura de secreção
l) Sim, apenas ao Raio- X
m) Sim a alternativa b e c
n) Sim a alternativa b e d
o) Sim a alternativa c e d
p) Não sabe

16 - Existe um protocolo padronizado entre níveis para o acompanhamento e tratamento do paciente TB-MDR?

a) Sim b) Não c) Não sabe

17 - Os diferentes níveis de atenção utilizam o mesmo protocolo para a conduta clínica (definir diagnóstico, tratamento, exames, critérios de encaminhamento)?

- i) Sim, para o diagnóstico
- j) Sim, para o tratamento
- k) Sim, para os exames
- l) Sim, para os criterios de encaminhamento
- m) Sim, para todas as opções
- n) Não utiliza nenhuma opção
- o) Não se aplica

Obs: Pode haver mais de uma resposta

18 - Existe um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção?

b) Sim b) Não c) Não sabe

18.1- Se sim quem é esse responsável?

-----

20 - O médico do primeiro nível consulta o médico especialista para retirar as dúvidas sobre o seguimento dos pacientes?

b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

<p>21- Os profissionais do nível primário e secundário realizam acompanhamento dos casos internados?</p> <p>b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica</p>
<p>22- Os profissionais do nível primário e secundário investigam os contatos e realizam seguimento clínico dos mesmos?</p> <p>c) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica</p>
<p>23 - Os profissionais dos três níveis de atenção realizam busca dos pacientes faltosos?</p> <p>d) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica</p>
<p>24 - O TDO é realizado?</p> <p>b) Sim b) Às vezes c) Não d) Não sabe</p>
<p>26 –É realizado matriciamento dos casos de TB-MDR entre os níveis de atenção?</p> <p>f) Sim, para todos os casos g) Sim, para alguns casos h) Nunca realizam matriciamento i) Não sabe j) Não se aplica</p>
<p>27- Realiza capacitação para os profissionais dos diferentes níveis de atenção para discutir fluxos e condutas clínicas?</p> <p>b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica</p>



30 – Realiza atividade educativa para a TBMDR?
b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

<b>Coordenação Administrativa</b>
31 - Existem fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR na rede?
b) Sim b) Não c) Não sabe
32 - Esses fluxos assistenciais definidos para o paciente TB-MDR funcionam de forma efetiva?
b) Sim b) Não c) Não sabe
33 - A unidade de saúde possui estrutura de biossegurança para o atendimento aos pacientes com TB-MDR?
h) Mesa de escritorio
i) Cadeiras para paciente e acompanhante
j) Mesa clínica
k) Lavatório com torneira
l) Ambientes claros (luminosidade natural, se possível)
m) Janela (ventilação direta)
n) Exaustor (ventilação indireta)
o) Não se aplica
34- As consultas para os pacientes TB-MDR são marcadas no nível adequado de acordo com as necessidades do paciente?
a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

35- Quando o paciente é encaminhado de um nível para o outro demora muito para conseguir a consulta?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

Quanto tempo?

-----

36- As consultas são marcadas com programação prévia para os diferentes níveis de atenção?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

39- Os pacientes em tratamento tem direito a benefícios?

- h) Vale transporte
- i) Cesta básica
- j) Apoio trabalhista
- k) Apoio Psicossocial
- l) Não sabe

- Realizam controle logístico das medicações?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

- Realizam controle logístico dos insumos?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

- Realizam controle logístico dos exames?

40- Existem estratégias específicas para os pacientes de população de maior vulnerabilidade (PPL, PVSR, indígenas)?

b) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

41- Existe articulação com o programa de DST/AIDS para os pacientes co-infectados?

a) Sim b) Não c) Não sabe d) Não se aplica

### Coordenação entre níveis de atenção

43- Você acha que a atenção ao paciente TB-MDR entre os níveis de atenção (atenção primária e especializada) está coordenada?

a) Sim b) Não c) Não sabem

- Por quê?

43- Você acha que uma atenção coordenada melhora a assistência ao paciente TB-MDR?

b) Sim b) Não c) Não sabem

- Por quê?

## APÊNDICE 03

### INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Denise de Barros Bezerra, o(a) convido para participar da pesquisa **“Avaliação da Coordenação do Cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com Tuberculose Multidrogarresistente no município do Recife – PE ”**, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde , pertencente ao Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo avaliar a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente na rede de serviços de saúde do município do Recife – PE

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da entrevista e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados.

A sua participação será por meio de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos.

Os resultados serão avaliados pela pesquisadora e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 9999-2486 ou email: [barrosdenise27@gmail.com](mailto:barrosdenise27@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, email: [comitedeetica@imip.org.br](mailto:comitedeetica@imip.org.br). O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) entrevistador e a outra com o entrevistado.

Pernambuco, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

---

Assinatura do entrevistado Assinatura do entrevistador

**Anexo 01.** Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



**DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa nº 4688 – 15 intitulado “Avaliação da Coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com Tuberculose Multidrogarresistente no Município do Recife” apresentado pelo (a) pesquisador (a) Denise de Barros Bezerra foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP em 01 de Abril de 2015.

Recife, 01 de Abril de 2015.



**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - LG 005/2011/07  
UNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - LG 001/2009/04  
UNIDADE PÚBLICA FEDERAL - LG 008/2006/04  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA - LG 001/1997  
SISTEMA INSTITUCIONAL - 0000  
CNPJ 14.928.384/0001-29

Rua dos Capões, 300 Boa Vista  
Recife - PE - Brasil - CEP: 50100-450  
FAX: (51) 2122.4000  
Fon: (51) 2122.4722 Cx. Postal: 139  
e-mail: [imip@imip.org.br](mailto:imip@imip.org.br)  
[www.imip.org.br](http://www.imip.org.br)

**Anexo 02.** Carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

 <b>PERNAMBUCO</b> <small>ESTADO DE PERNAMBUCO</small>	<b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b> <b>DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b> <b>GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>
---	---

Recife, 16 de janeiro de 2015.

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**


Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULO MULTIDRRRESISTENSE NO MUNICÍPIO DO RECIFE-PE**, pela aluna do Programa Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, **Denise de Barros Bezerra** nas dependências da Secretaria Executiva de vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**) e Hospital Otávio de Freitas e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

  
Maria Emilia M. Figueira da Silva  
Diretora Geral de Educação em Saúde

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi – Recife – PE  
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

### Anexo 03. Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife



**PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Denise de Barros Bezerra** mestranda em avaliação em saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, a desenvolver pesquisa no Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com tuberculose multidrogarresistente no município do Recife - PE.", sendo orientada por Eronildo Felisberto.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:


- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 21 de janeiro de 2015.

Atenciosamente,



**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde  
Juliana Ribeiro  
Direção de Educação em Saúde  
DIESP/SESAP