

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIO MUNIZ DE HOLANDA CAVALCANTE

Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção
Primária à Saúde: a realidade de municípios dos estados do Amazonas e São Paulo

Ribeirão Preto

2024

FABIO MUNIZ DE HOLANDA CAVALCANTE

Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: a realidade de municípios dos estados do Amazonas e São Paulo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total e/ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudos e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cavalcante, Fabio Muniz de Holanda

Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: a realidade de municípios dos estados do Amazonas e São Paulo, 2023.

107p.: il; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Transferência de Política. 3. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde

CAVALCANTE, FABIO MUNIZ DE HOLANDA.

Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: a realidade de municípios dos estados do Amazonas e São Paulo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

DEDICATÓRIA

A Deus sobre todas as coisas e a minha amada família.

AGRADECIMENTOS

As minhas filhas:

Minhas minhas, Juliá Bento de Lima Holanda e Beatriz Bento de Lima Holanda;

Meus irmãos, Charles Muniz de Holanda Cavalcante, Carlo Eugeni Muniz de Holanda Cavalcante e Cintya Muniz de Holanda Cavalcante;

E a meus pais que não estão mais aqui em vida;

Meus guias e espíritos de luz que me deram força para chegar até aqui.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradecimentos Especiais

Ao Prof. Pedro Fredemir Palha.

Não existe palavras que possa descrever sua humanidade, compreensão e compaixão.

Neste momento especial, gostaria de expressar minha profunda gratidão por toda a sua dedicação, orientação e apoio ao longo desta jornada acadêmica. Sua sabedoria, expertise e paixão pelo conhecimento foram fundamentais para o meu desenvolvimento como pesquisador.

Obrigado por compartilhar seu vasto conhecimento e experiência, por desafiar meus limites intelectuais e me encorajar a buscar a excelência em cada fase do meu projeto de pesquisa. Sua orientação paciente e sua crítica.

Além de um professor exemplar, você foi um mentor excepcional. Sua constante disponibilidade para discutir minhas ideias, fornecer insights valiosos e oferecer suporte incondicional para superar obstáculos e alcançar resultados significativos. Seus conselhos sábios e encorajadores.

Graças à sua influência, cresceu não apenas como um pesquisador, mas também como um indivíduo. Sua abordagem empática e humilde despertou em mim uma sede insaciável pelo conhecimento e um compromisso vitalício com a busca da

Por tudo isso, querido professor, ofereço-lhe esta dedicatória como uma forma singela de agradecimento. Serei eternamente grato por sua orientação, por me permitir fazer parte de seu círculo acadêmico e por acreditar em meu potencial. Sua presença em minha vida foi um presente inestimável, !

A Profa.: Teresinha Heck Weiller.

A minha amiga, onde compartilhamos momentos de risos, de ansiedade e de comemorações em conjunto, criando laços de amizade que tenho certeza que irão perdurar além dessa fase acadêmica. Seu apoio constante, sua disposição para ajudar.

E a todos professores e os membros do grupo de pesquisa e em especial a Quézia, Marcelo e Gilberto, colegas doutorandos do grupo de pesquisa, que fizeram para deste processo, tornando-o possível.

RESUMO

Introdução: O Brasil está entre os 30 países com maior carga de TB e ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença. Em 2021, foram registrados 74.385 casos novos, com incidência de 34,9 casos por 100 mil habitantes e coeficiente de mortalidade no país foi de 2,38 casos por 100 mil habitantes. O estado do Amazonas apresentou a maior incidência de TB em 2021, com 71,3 casos novos por 100 mil habitantes, e coeficiente de mortalidade de 4 mortes por 100 mil habitantes. O estado de São Paulo apresentou incidência de 33,8 casos por 100 mil habitantes, e coeficiente de mortalidade de 1,9 por 100 mil habitantes em 2021. Dentre os componentes do *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), evidencia-se a supervisão do tratamento por meio do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que até hoje permeia as políticas globais de controle da TB, além de ser entendido como uma ferramenta importante que auxilia na melhora da adesão da pessoa com TB ao recurso terapêutico e, conseqüentemente, no alcance das metas estabelecidas para o controle da doença.

Objetivo Geral: Avaliar a Transferência de Políticas (TP) do TDO para atenção primária à saúde em municípios dos estados do Amazonas e São Paulo. **Objetivo**

Específicos: Analisar os profissionais envolvidos com a TP do TDO por meio das variáveis de sexo, idade, categoria profissional e tempo de atuação profissional; analisar o desempenho dos indicadores da TP do TDO que obtiveram escores regulares, por meio dos domínios relacionados às ações da gestão, ações das equipes de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO, conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO, percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde, prática do TDO e percepção sobre estratégias para melhorar o TDO.

Materiais e Método: Estudo transversal, retrospectivo e avaliativo. Utilizou-se o banco de dados do grupo de pesquisa, o qual contou com a participação de 236 profissionais de saúde de municípios pertencentes aos estados do Amazonas (138) e de São Paulo (98). O banco de dados foi formado a partir da aplicação do instrumento: Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em TB (ATP- IINFOC-TB), composto por 39 itens que avaliam a TP do TDO segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. Foi utilizado um modelo de análise que distribuiu os itens do instrumento em sete domínios de análise fundamentados no

referencial da TP. Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequências absoluta e relativa. Para a análise dos domínios de TP do TDO para a atenção primária à saúde, foram criados indicadores que corresponderam ao somatório dos escores das categorias das respostas dos profissionais de saúde (de 1 a 5), dividido pelo número total de respondentes para obtenção de um valor médio, o qual foi apresentado em box plots com respectivos intervalos de confiança 95%.

Resultados: A maioria dos participantes do Amazonas (79,7%) eram do sexo feminino, 70,3% tinham idade entre 22 e 40 anos, 34,1% eram enfermeiros e 34,1% eram agentes comunitários de saúde, e 56,5% apresentavam de um a cinco anos de atuação. Em São Paulo, 94,9% dos participantes eram do sexo feminino, 71,2% tinham idade entre 31 e 50 anos, 71,4% eram enfermeiros e 73,4% tinham de um a dez anos de atuação. Dos 7 domínios do estudo, 5 deles apresentaram variáveis com desempenho regular em ambos os Estados. **Ações da gestão:** Oferta frequente de capacitações sobre o TDO; Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO aos profissionais recém-contratados; Integração/Interação com a equipe; Utilização pela equipe de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO; **Ações da equipe de saúde:** Unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO; **Recursos para o desenvolvimento do TDO:** Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO; **Prática do TDO:** Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO; Participação da pessoa com TB no plano de cuidado; Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO; **Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO:** Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO; Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO.

Conclusões: O estudo evidenciou que embora os municípios apresentem singularidades diferenciadas em relação ao pertencimento regional, indicadores socioeconômicos, de acesso geográfico, culturais, sociais e de outros indicadores que avaliam o índice de desenvolvimento humano municipal, os municípios apresentaram desempenho similares do ponto de vista da TP do TDO. Essa avaliação permite concluir que a TP do TDO precisa ser considerada prioritária e revisitada pelos gestores locais na sua aplicabilidade junto aos sistemas locais, de modo que ela possa ser considerada como centralidade para as discussões e implementação das políticas de atenção aos usuários adoecidos por TB.

Palavras-Chave: Tuberculose; Transferência de Política; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Brazil is among the 30 countries with the highest burden of Tuberculosis (TB) and ranks 20th in terms of disease burden. In 2021, 74,385 new cases were recorded, with an incidence of 34.9 cases per 100,000 inhabitants. In the same year, the country's mortality rate was 2.38 cases per 100,000 inhabitants. Amazonas, in the north of the country, had the highest incidence of TB in 2021, with 71.3 new cases per 100,000 inhabitants, and a mortality coefficient of 4 deaths per 100,000 inhabitants. In the southeast, São Paulo had an incidence of 33.8 cases per 100,000 inhabitants and a mortality rate of 1.9 per 100,000 inhabitants in 2021. Among the components of the Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), we highlight the supervision of treatment through Directly Observed Treatment (DOT), which to this day permeates global TB control policies, as well as being understood as an important tool that helps to improve the adherence of people with TB to the therapeutic resource and, consequently, the achievement of the goals established for the control of the disease.

General Objective: To evaluate the Policy Transfer (PT) of Directly Observed Treatment (DOT) for primary health care in municipalities in the states of Amazonas and São Paulo. **Specific Objectives:** To analyze the professionals involved in the PT of DOT using the variables such as gender, age, professional category and length of professional experience; to analyze the indicators of the PT of DOT that obtained regular scores, through the domains related to management actions, health team actions, resources for the development of DOT, knowledge and incorporation of DOT guidelines, perception of DOT and its contribution to health care and promotion, practice of DOT and perception of strategies to improve the DOT.

Materials and Methods: This is a cross-sectional, retrospective, and evaluative study. This study used the research group's database, which included 236 health professionals from municipalities in the Brazilian states of Amazonas (138) and São Paulo (98). The database was assembled by applying the instrument: Evaluation of Policy Transfer - Innovation, Information and Knowledge in TB (ATP- IINFOC-TB), composed by 39 items that evaluate the PT of the DOT according to the perspective of health professionals. An analysis model was used which distributed the items of the instrument into 7 analysis domains. Each domain corresponded to a set of actions related to the maintenance and expansion of DOT. The data was analyzed using absolute and relative frequency distribution. To analyze the domains of PT of DOT to

Primary Health Care, indicators were created that corresponded the total of the scores from the categories of responses of the health professionals (from 1 to 5), divided by the total number of respondents to obtain an average value, which were presented in box plots with respective 95% confidence intervals.

Results: Most of participants of Amazonas (79.7%) were female, 70.3% were aged between 22 and 40, 34.1% were nurses and 34.1% were community health workers, and 56.5% had been working for between 1 and 5 years. In São Paulo, 94.9% of the participants were female, 71.2% were aged between 31 and 50, 71.4% were nurses and 73.4% had been working for between 1 and 10 years. Of the 7 domains in the study, 5 showed variables with regular performance in both states. **Management Actions:** Frequent provision of training on DOT; Frequent provision of training on DOT for newly hired professionals; Integration/interaction with the team; Use by the team of community resources to support adherence to DOT; **Health Team's Actions:** Health unit had strategies to promote adherence to DOT for people with TB; **Resources for the Development of DOT:** Adequate infrastructure for assisting people with TB on DOT; **DOT Practice:** Care planning for the person with TB on DOT; Participation of the person with TB in the care plan; Autonomy of the person with TB to perform DOT; **Perception of Strategies to Improve DOT:** Development of intersectoral actions for adherence for DOT; Creation of new strategies related to DOT.

Conclusions: The study demonstrated that although the municipalities have different singularities in terms of regional belonging, socio-economic indicators, geographical access, cultural, social, and other indicators that assess the municipal human development index, the municipalities showed similar performance from the perspective of DOT. This assessment leads a conclusion that the PT of TDO needs to be considered as a priority and revisited by local managers in its applicability to local systems, so that it can be considered central to discussions and implementation of care policies for users with TB.

Keywords: 1. Tuberculosis; 2. Health policies; 3. Process Assessment, Health Care.

RESUMÉN

Introducción: Brasil se encuentra entre los 30 países con mayor carga de Tuberculosis (TB) y ocupa el 20º lugar en términos de carga de la enfermedad. En 2021, se registraron 74.385 nuevos casos, con incidencia de 34,9 casos por cada 100 mil habitantes, y coeficiente de mortalidad del país fue de 2,38 casos por cada 100 mil habitantes. El estado de Amazonas, al norte del país, tuvo la mayor incidencia de TB en 2021, con 71,3 nuevos casos por 100 mil habitantes, y coeficiente de mortalidad de 4 muertes por 100 mil habitantes. Por su vez, en el sudeste, São Paulo tuvo una incidencia de 33,8 casos por 100 mil habitantes y coeficiente de mortalidad de 1,9 por 100 mil habitantes. Entre los componentes del *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), se destaca la supervisión del tratamiento a través del Tratamiento Directamente Observado (TDO).

Objetivo General: Evaluar la Transferencia de Política (TP) del TDO para la atención primaria de salud en municipios de Amazonas y São Paulo. **Objetivos Específicos:** Analizar los profesionales implicados en la TP del TDO a través de las variables sexo, edad, categoría profesional y antigüedad en el ejercicio profesional; analizar el desempeño de los indicadores de TP del TDO que obtuvieron puntuaciones regulares, a través de los dominios relacionados con las acciones de gestión, acciones del equipo de salud, recursos para el desarrollo del TDO, conocimiento e incorporación de las directrices del TDO, percepción del TDO y su contribución al cuidado y promoción de la salud, práctica del TDO y percepción de estrategias de mejora del TDO.

Materiales y Método: Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y evaluativo. Se utilizó la base de datos, que incluyó 236 profesionales de salud de los estados de Amazonas (138) y São Paulo (98). La base de datos se formó a partir de la aplicación del instrumento: Evaluación de la Transferencia de Políticas - Innovación, Información y Conocimiento en TB (ATP- IINFOC-TB), compuesto por 39 ítems que evalúan la TP del TDO desde la perspectiva de los profesionales de salud. Se utilizó un modelo de análisis que distribuyó los ítems del instrumento en 7 dominios de análisis basados en el marco de la TP. Los datos se analizaron utilizando la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para analizar los dominios de la TP del TDO a la Atención Primaria de Salud, se crearon indicadores que correspondieron a la suma de las puntuaciones de las categorías de respuestas de los profesionales de la salud (de 1 a 5), dividida por el número total de respondientes para obtener un valor medio, el cual

se presentó en diagramas de caja con sus respectivos intervalos de confianza de 95%.

Resultados: La mayoría de los participantes de Amazonas (79,7%) eran mujeres, 70,3% tenían entre 22 y 40 años, 34,1% eran enfermeras y 34,1% eran agentes comunitarios de salud, y 56,5% desempeñaban su trabajo desde hacía entre 1 y 5 años. En São Paulo, el 94,9% de los participantes eran mujeres, 71,2% tenían entre 31 y 50 años, 71,4% eran enfermeras y 73,4% trabajaban desde hacía entre 1 y 10 años. De los 7 dominios del estudio, cinco mostraron variables con desempeño regular en ambos estados. **Acciones de gestión:** Frecuente provisión de formación sobre TDO; Frecuente provisión de formación sobre TDO para los profesionales recién contratados; Integración/interacción con el equipo; Utilización por parte del equipo de recursos comunitarios para apoyar la adherencia al TDO; **Acciones del equipo de salud:** La unidad de salud tenía estrategias para promover la adherencia al TDO de las personas con TB; **Recursos para el desarrollo del TDO:** Infraestructura adecuada para asistir a las personas con TB en TDO; **Práctica del TDO:** Planificación de la atención a las personas con TB en TDO; Participación de la persona con TB en el plan de asistencia; Autonomía de la persona con TB para llevar a cabo el TDO; **Percepción de estrategias para mejorar el TDO:** Desarrollo de acciones intersectoriales para la adherencia al TDO; Creación de nuevas estrategias relacionadas con el TDO.

Conclusiones: El estudio evidenció que, aunque los municipios tengan singularidades diferentes en términos de pertenencia regional, indicadores socioeconómicos, de acceso geográfico, culturales, sociales y otros indicadores que evalúan el índice de desarrollo humano municipal, los municipios presentaron un desempeño semejante desde la perspectiva de la transferencia de la política de tratamiento directamente observado. Esta evaluación permite concluir que la TP del TDO necesita ser priorizada y revisada por los gestores locales en su aplicabilidad a los sistemas locales, para que pueda ser considerada un elemento central en las discusiones y en la implementación de las políticas de atención a los usuarios que sufren de TB.

Palabras Clave: 1. Tuberculosis; 2. Transferencia de políticas; 3. Evaluación de Procesos, Atención de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de análise da transferência de políticas de saúde	33
Figura 2. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de ações da gestão da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016	52
Figura 3. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de ações da equipe de saúde da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016	56
Figura 4. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de recursos para o desenvolvimento do Tratamento Diretamente Observado da transferência de políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016.....	59
Figura 5. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de conhecimento e incorporação das diretrizes do Tratamento Diretamente Observado da transferência de políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016	61
Figura 6. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de percepção sobre o Tratamento Diretamente Observado e sua contribuição na assistência e promoção da saúde da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016	63
Figura 7. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de prática do Tratamento Diretamente Observado da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016	65
Figura 8. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de percepção sobre estratégias para melhorar o Tratamento Diretamente Observado da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016 .	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados epidemiológicos da tuberculose nos municípios incluídos no estudo no ano da coleta de dados (2016)	40
Tabela 2. Profissionais entrevistados em cada município estudado, segundo categoria profissional	43
Tabela 3. Distribuição dos profissionais de saúde participantes do estudo sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, segundo sexo, idade, categoria profissional e tempo de atuação. Estados do Amazonas e São Paulo, 2016	48

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Variáveis do instrumento ATP-IINFOC-TB distribuídas segundo domínios de análise. Ribeirão Preto/SP, 2017	44
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATP-IINFOC-TB	Avaliação da Transferência de Políticas - Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
EERP/USP	Escola de Enfermagem em Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde Família
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
GeQualiS	Grupo de Estudos Qualitativos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFAL	Instituto Federal de Alagoas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
TP	Transferência de Política
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Situação epidemiológica da tuberculose no mundo e no Brasil	22
1.2 Políticas de controle da tuberculose no mundo e no Brasil.....	23
1.3 Descentralização das ações e controle da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde.....	25
1.4 Justificativa	27
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 BASES CONCEITUAIS	30
3.1 Transferência de políticas	31
3.2 Avaliação em Saúde	34
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
4.1 Tipo de estudo	39
4.2 Locais de estudo.....	39
4.2.1 Itacoatiara.....	40
4.2.2 Manacapuru.....	40
4.2.3 Parintins.....	41
4.2.4 Tabatinga.....	41
4.2.5 Tefé	41
4.2.6 Indaiatuba.....	42
4.2.7 Piracicaba.....	42
4.3 Participantes do estudo.....	42
4.4 Instrumento de coleta de dados e variáveis.....	43
4.5 Procedimentos de coleta de dados	45
4.6 Plano de análise	45
4.7 Aspectos éticos.....	45

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Domínio: Ações da Gestão	51
5.2 Domínio: Ações da Equipe de Saúde	55
5.3 Domínio: Recursos para o Desenvolvimento do TDO.....	58
5.4. Domínio: Conhecimento e Incorporação das Diretrizes do TDO	61
5.5 Domínio: Percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde	63
5.6 Domínio: Prática do TDO	64
5.7 Domínio: Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	67
6 CONCLUSÕES	70
7 REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS	90

APRESENTAÇÃO

Começo esta pequena apresentação trazendo um resumo da minha trajetória profissional. Em 1999 ingressei no curso de Bacharelado em Zootecnia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Após o término da graduação, tive a oportunidade de atuar como professor temporário na Escola Agrotécnica Federal de Satuba do Instituto Federal de Alagoas (IFAL), nas disciplinas de Suinocultura e Ovinocaprinocultura no período de 2005 a 2007. Posteriormente, em 2008, ingressei no curso de Mestrado em Meteorologia pela UFAL, com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

Após o mestrado, me afastei das atividades acadêmicas, retornando em 2018, após ter tido a oportunidade de conhecer o Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha em Ribeirão Preto, e através dele, o Grupo de Estudos Qualitativos (GEQualiS) que está sob sua liderança. Conheci ainda o Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB), sob a liderança do Prof. Dr. Ricardo Arcêncio e da Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe.

A aproximação com os grupos e docentes foi determinante para o início do meu doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem em Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Esta aproximação proporcionou o meu crescimento enquanto pesquisador e também na produção de conhecimentos envolvendo a transferência do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde (APS), bem como permitiu o desenvolvimento de minhas habilidades para o ensino, pesquisa e extensão, que são pilares da instituição.

A presente tese foi elaborada em consonância com o regulamento do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Situação epidemiológica da tuberculose no mundo e no Brasil

A tuberculose (TB), anterior ao aparecimento da Covid-19, possuía o *status* de principal causa de morte no mundo por um único agente infeccioso, superando, inclusive, o HIV/Aids em número de óbitos no ano de 2015. Segundo informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), 6,4 milhões de novos casos de TB e 1,6 milhões de óbitos pela doença ocorreram em 2021. Contudo, este cenário poderia ser evitado, visto que 85% dos casos são tratáveis e passíveis de cura (WHO, 2022), o que reforça que o enfrentamento da doença ainda é negligenciado pelas políticas públicas.

Estudos também revelaram que cerca de um quarto da população mundial está infectada com *Mycobacterium Tuberculosis*. Entretanto, estima-se que entre 5 a 10% dessa população desenvolverá, em algum momento das suas vidas, os sintomas da doença. Sabe-se, contudo, que a maior probabilidade de ocorrência da doença está entre as pessoas portadoras do HIV/Aids, assim como entre as afetadas por fatores de risco como desnutrição, tabagismo, diabetes e consumo de álcool (WHO, 2022).

Quando os índices socioeconômicos e a incidência de TB são analisados, é possível observar que a doença apresenta estreita relação com os níveis de desenvolvimento socioeconômico, estando intimamente ligada às condições de vida da população. Desse modo, o bacilo propaga-se em locais em que há aglomeração humana acentuada, pobreza, precariedade alimentar e de moradia, bem como precariedade e/ou ausência de saneamento básico. Portanto, a TB é vista como uma doença permeada por questões sociais, atingindo, por exemplo, pessoas de baixa renda e com baixa escolaridade, as quais se constituem como populações vulneráveis ao desenvolvimento da doença (MOREIRA; KRITSKI; CARVALHO, 2020).

Ao realizar uma análise histórica, percebe-se que no século XX avanços significativos no campo da saúde no Brasil e no mundo, especialmente no campo das tecnologias e na produção de medicamentos e vacinas foram alcançados, levando a uma menor preocupação para com as doenças infectocontagiosas por parte das pessoas, comunidades, gestores e sistemas de saúde no planeta. Por essas razões, até a década de 1980, a TB foi equivocadamente considerada uma doença sob controle, o que proporcionou a fragilização das ações de vigilância por parte dos órgãos responsáveis pela saúde. O advento da Aids na referida década, associado a multirresistência dos medicamentos, tornou-se a TB um desafio ainda mais complexo

para a saúde pública (RUFFINO-NETTO, 2001) e, como consequência, manteve altos índices de notificação e óbitos, conforme já apontado.

Apesar destes altos índices, avanços no controle da doença podem ser assinalados, com destaque à diminuição da mortalidade em 47% e a redução da incidência na maioria das nações. Ressalta-se ainda que, entre os anos de 2000 e 2014, 43 milhões de pessoas sobreviveram à doença por meio de diagnósticos e tratamentos mais precisos (WHO, 2015). No entanto, verifica-se que o percentual de casos novos de TB em populações em situação de vulnerabilidade tem crescido, especialmente em pessoas privadas de liberdade, passando de 5.860 casos em 2015 para 8.978 em 2020 (BRASIL, 2021), reafirmando que a doença ainda está associada às condições sociais da população.

No cenário mundial, o Brasil está entre os 30 países com maior carga de TB e de coinfeção TB/HIV (WHO, 2022), ocupando especificamente a 20ª posição quanto à carga da doença (TB) e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2017). No ano de 2021, foram registrados 74.385 casos novos da doença, com incidência de 34,9 casos/100.000 habitantes. O coeficiente de mortalidade no país, em 2021, de 2,38 casos/100.000 habitantes. O estado do Amazonas apresentou a maior incidência de TB em 2021, 71,3 casos novos por 100.000 habitantes, e o coeficiente de mortalidade do país em 2021, 4,0 mortes por 100.000 habitantes. O estado de São Paulo, apresentou, em 2021, o coeficiente de incidência de 33,8 casos por 100.000 habitantes, e o coeficiente de mortalidade, 1,9 por 100.000 habitantes em 2021 (BRASIL, 2022).

Ainda em 2021, as regiões Norte e Sudeste foram as que apresentaram os maiores níveis de incidência de TB no país, com respectivamente 45,3 e 35,5 casos/100.000 habitantes. Em 2020, a região Norte apresentou 2,7 mortes por TB por 100.000 habitantes e a região Sudeste 2,3 mortes por TB por 100.000 habitantes (BRASIL, 2022).

1.2 Políticas de controle da tuberculose no mundo e no Brasil

A OMS, ao declarar a TB como uma emergência global, lançou formalmente a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) para o controle da doença, em 1994 (ARNADOTTIR, 2009). Dentre os componentes da estratégia DOTS, evidencia-se a supervisão do tratamento por meio do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (WHO, 1999), que até hoje permeia as políticas globais de controle

da TB, além de ser entendido como uma ferramenta importante que auxilia na melhora da adesão da pessoa com TB ao recurso terapêutico e, conseqüentemente, no alcance das metas estabelecidas para o controle da doença. Além do TDO, o DOTS era ainda composto por mais outros quatro componentes, são eles: 1. detecção de casos com baciloscopia; 2. provimento regular de drogas; 3. sistemas de informação para o acompanhamento e o monitoramento da situação da TB; e 4. comprometimento político em relação ao combate da doença (WHO, 1999).

Posteriormente, na busca por alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à TB, a OMS projetou para o ano de 2001 a estratégia *Stop TB*, que suscitou a constituição da *Stop TB Partnership*, que une membros de diversos países com vistas a garantir o cumprimento de ações que visem o controle da doença (STOP TB INITIATIVE; STOP TB PARTNERSHIP, 2001). A *Stop TB Partnership* contemplava objetivos estratégicos que buscavam uma atenção à TB com excelência e resolubilidade. Dentre tais objetivos destacam-se: a ampliação da cobertura da estratégia DOTS; a garantia do diagnóstico e tratamento efetivos para todos; a minimização dos desafios oriundos do HIV e da multidroga-resistência; o aperfeiçoamento dos equipamentos e tecnologias existentes, incluindo o avanço de novos métodos diagnósticos, medicamentos e vacinas; e o fortalecimento da *Stop TB Partnership* para garantir que as ações de controle da TB fossem aplicadas de forma efetiva, principalmente nos 22 países que aglutinavam 80% dos casos da doença (STOP TB INITIATIVE; STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

Mesmo com todo empenho empreendido, os documentos emitidos no ano de 2015 apontaram que não houve sucesso quanto ao alcance das metas propostas pela estratégia *Stop TB*, as quais buscavam reduzir pela metade a prevalência e as mortes por TB comparados ao ano de 1990. Dessa maneira, em 2015 foi divulgada a Estratégia *End TB* que visa a prevenção, o controle e a erradicação da TB (< 1 caso por 100.000 habitantes) até 2050 (WHO, 2015).

Destaca-se que a Estratégia *End TB* emergiu das estratégias mundiais publicadas anteriormente, tendo como objetivo a diminuição de 90% de incidência e 95% da taxa de mortalidade até o ano de 2035 (WHO, 2015). Tais metas estão fixadas na Agenda do Desenvolvimento das metas do milênio, de forma especial as que demandam abranger outros setores, tais como aqueles que estão associadas aos determinantes sociais da TB (LÖNNROTH; RAVIGLIONI, 2016).

Diante das medidas recomendadas para o controle da TB, alguns indicadores operacionais de controle da doença, como as taxas de cura, a interrupção do tratamento e o óbito se mantêm longe do ideal para o alcance das metas propostas para a erradicação da TB como problema de saúde pública. Tais indicadores se mostraram ainda mais preocupantes com a emergência da pandemia da Covid-19, uma vez que a taxa de cura caiu para 65,4% e a taxa de interrupção do tratamento foi de 12,1% no Brasil em 2020 (BRASIL, 2022), mostrando que a taxa de sucesso de tratamento, que deveria ser superior a 90% conforme proposta na estratégia *End TB* (WHO, 2015), ainda está bem distante da realidade.

Dessa forma, há que se ressaltar a importância da descentralização das ações de controle da doença, a qual está entre as prerrogativas do antigo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com destaque para a transferência do TDO para a Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de expandir o acesso e fortalecer tal modalidade de tratamento para a obtenção de desfechos mais favoráveis do tratamento, principalmente neste período pós-pandemia, em que a oferta de ações para o controle da TB ainda sofre com o direcionamento dos esforços que foram despendidos pelos serviços e sistemas de saúde para a contenção da pandemia por Covid-19 nos períodos mais críticos da mesma.

1.3 Descentralização das ações e controle da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde

A partir de 2003, a TB foi colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil. As normatizações federais para o processo de descentralização foram editadas e substituídas ao longo dos anos. De acordo com o Ministério da Saúde, nos anos de 1990 foram publicadas leis infraconstitucionais como as Normas Operacionais de Saúde (NOBs) (1991, 1992, 1993 e 1996) que definiram não apenas a forma de contratualização dos serviços de saúde prestados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas também os modelos assistenciais em saúde. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (2001 e a nova versão em 2002) permitiram ampliar a responsabilidade do gestor municipal quanto à atenção básica, regionalização e hierarquização da assistência. Em 2006, o Pacto pela Saúde; e em 2011, o Decreto 7.508 (BRASIL, 2001). Com todo este aparato legal, nota-se a passagem de um sistema centralizado para um modelo de governos municipais, com

importante ganho de autonomia no campo da saúde (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014).

O PNCT, aprovado em 2004, está fundamentado na descentralização e na horizontalização das ações de vigilância, na prevenção e no controle da TB. A base para a implantação da estratégia DOTS utiliza a força de recursos humanos das unidades de atenção básica (SANTOS, 2007).

As unidades de APS, nessa direção, são classificadas como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e se utilizam tecnologias de saúde capazes de solucionar os problemas de maior frequência e importância no território de abrangência, como é o caso da TB (FARIAS *et al.*, 2015).

A APS é desenvolvida com o maior grau de descentralização e capilaridade, com vínculo e proximidade dos usuários, característica fundamental para atenção às pessoas com TB, estando em melhores condições de identificar os sintomáticos respiratórios, diagnosticar e iniciar o esquema básico de tratamento (BRASIL, 2012).

Assim, a gestão do SUS é vista como um processo complexo, permeada por um contexto cujas influências políticas tanto locais e estaduais, quanto federais determinam as práticas de saúde, e interferem nas relações de poder e nas tomadas de decisões (SOUZA; MELO, 2008).

Comprovou-se que os municípios se fortaleceram, na capacidade de gerenciar a nível local, reconhecendo-se muitas vantagens trazidas pelo SUS, no sentido de que os municípios ficaram mais preparados para assistir a população (BORGES; FERNANDES, 2002; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2007; CORIOLANO *et al.*, 2010; VIEIRA; GARNELO, HORTALE, 2010; VIEIRA *et al.*, 2013).

A ampliação do acesso em nível local e da cobertura assistencial em relação às ações básicas de saúde foram vistas como pontos positivos, bem como, o aumento do número de municípios com estabelecimentos básicos ou ambulatoriais de saúde em todas as regiões brasileiras (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2007; SOUZA; MELO, 2008; CORIOLANO *et al.*, 2010; ARRETCHE; MARQUES, 2002; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2020).

Investimentos foram feitos para a ampliação da rede básica visando aumentar a oferta da atenção primária. Essa iniciativa partiu da preocupação com a disponibilização de serviços básicos, objetivando facilitar seu acesso, ampliar sua cobertura e impactar na situação de saúde da população (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2007; COSTA; PINTO, 2002).

1.4 Justificativa

Considerando a magnitude da situação epidemiológica da TB nos estados do Amazonas e São Paulo, assim como os desafios e as metas propostas para a erradicação da doença como problema de saúde pública e, sabendo que a política do TDO em um país heterogêneo como o Brasil produz realidades singulares no que diz respeito à sua efetividade, este estudo se justifica uma vez que entender a execução de tal modalidade de tratamento na APS, com suas potencialidades e limitações, para além de ser um desafio ao GEOTB da EERP-USP, traz grandes benefícios ao próprio sistema de saúde.

Sendo assim, o presente estudo busca avaliar a transferência da política (TP) do TDO para a APS em municípios de dois estados do país (Amazonas e São Paulo), de forma a possibilitar a qualificação das ações de controle da doença e, principalmente, a execução desta modalidade de tratamento. Como pergunta norteadora do estudo temos: É possível que a TP do TDO, em municípios de dois Estados brasileiros, com singularidades diferenciadas e pertencentes a diferentes regiões, tenham desempenho similares?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a transferência da política do tratamento diretamente observado para atenção primária à saúde em municípios dos estados do Amazonas e São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

Analisar os profissionais envolvidos com a transferência da política do tratamento diretamente observado por meio das variáveis de sexo, idade, categoria profissional e tempo de atuação profissional.

Analisar o desempenho dos indicadores da transferência da política do tratamento diretamente observado que obtiveram escores regulares, por meio dos domínios relacionados às ações da gestão, ações das equipes de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO, conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO, percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde, prática do TDO e percepção sobre estratégias para melhorar o TDO.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 Transferência de políticas

No contexto de operacionalização das políticas públicas, assumem relevância estudos que abordam a TP, uma vez que buscam o significativo deslocamento de algo vinculado à política de um local para outro, não reduzido a divulgação de conhecimento interinstitucional, mas, também, um movimento com amplitude espacial que desencadeia mudança de política intencional ou orientada para ação (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Tais estudos vêm ganhando espaço e relevância para a reflexão acerca das políticas públicas em variados contextos, sendo explorada tanto em nível nacional quanto internacional (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

Segundo Evans (2010), tanto o conceito de TP, quanto a sua aplicabilidade, não são recentes, uma vez que há evidências de sua aplicação desde 315 anos A.C. Atualmente, o processo de TP tem sido ordenado sistematicamente no campo das políticas públicas, por meio das mudanças estruturais nas instituições e políticas econômicas globais como resultado aos diversos processos de globalização (EVANS, 2010).

Nesse sentido, todo cuidado deve ser empreendido na ocorrência da TP, visto que esta deve ser meticulosamente analisada pelas pessoas responsáveis pela tomada de decisão, uma vez que devem ser capazes de compreender os motivos pelos quais as políticas ou programas mereceram maior atenção em oposição a outros programas e/ou políticas existentes. Desse modo, torna-se necessário diferenciar os dois tipos de transferências encontradas na literatura: a voluntária e a coerciva (DOLOWITZ; MARSH, 2002).

Conceituando esses dois tipos de TP, tem-se que a voluntária que é originada a partir de um problema ou inquietação com uma situação atual, desencadeando ações que legitimam a busca para a superação desta situação específica de forma natural. Os responsáveis normalmente buscam resoluções que sejam mais fáceis de serem adaptadas à política já existente ou a elaboração de uma nova proposta de política. A coerciva, por sua vez, ocorre quando existe a imposição de incorporar uma política, independentemente do desejo das pessoas envolvidas no processo de mudança e sua formulação (DOLOWITZ; MARSH, 1996; 2002).

A TP possui cinco objetos como foco, sendo eles: 1. políticas; 2. instituições; 3. ideologias e/ou justificativas; 4. atitudes; e 5. experiências negativas. Para a ocorrência deste processo, é necessário que as pessoas responsáveis ajam com intencionalidade. Esta ação intencional para a ocorrência da TP pode emergir tanto

do Estado/Instituição/Ator de origem, quanto do Estado/Instituição/Ator que está recebendo essa política, bem como de ambos. A partir dessa perspectiva, um dos elementos necessários para se avaliar a TP consiste no reconhecimento dos agentes envolvidos nesta transferência, esclarecendo aquilo que é planejado e que se deseja executar (DOLOWITZ; MARSH, 2002; EVANS; DAVIES, 2002).

O processo da TP pode ocorrer entre países, estados, regiões, cidades e/ou distritos, e de formas diferentes, de modo que a política/programa pode ser transferida de forma integral, a partir da ocasião que abrange a transferência de pensamentos e princípios de forma geral; emulação, quando envolve a transferência de pensamentos e princípios gerais de programas de políticas, ou seja, a política não é transferida integralmente; combinação de diferentes pensamentos ou misturas, que desencadeiam variadas políticas combinando duas ou mais experiências a serem desenvolvidas em certo âmbito/local; e inspiração que, de acordo com a perspectiva dos estudiosos nesta temática, proporciona um movimento para a elaboração de novos pensamentos e procedimentos, em que as ideias e orientações gerais proporcionam modificações na política de outro cenário, sem a obrigatoriedade de haver grandes semelhanças entre a política resultante do processo de mudança e a política original (DOLOWITZ; MARSH, 2002).

As pesquisas realizadas acerca da TP têm pretendido encontrar e compreender o processo da tomada de decisão, bem como os atores envolvidos nesta transferência e efetivação de um programa ou política, assim como em todos os aspectos pertencentes às possíveis falhas que porventura possam acontecer nessas políticas (EVANS, 2010).

A pesquisa conduzida por Freeman (1999) apresentou análises acerca da TP na área da saúde. Posteriormente, outros autores trouxeram temas relacionados à saúde, tais como Bissel, Lee e Freeman (2011), que propuseram um modelo de TP (Figura 1) para uso em pesquisas operacionais, baseado nos argumentos de Dolowitz e Marsh (2002) e no modelo apresentado por Rogers (1995).

Figura 1. Modelo de análise da transferência de políticas de saúde



Fonte: Bissell, Lee e Freeman (2011), adaptada por Sicsú (2017).

Este modelo considera cinco características que recebem influência no processo da TP: 1. tomada de decisão; 2. conhecimento/aprendizagem; 3. persuasão; 4. implementação; e 5. manutenção/expansão.

A tomada de decisão relaciona-se à situação na política atual, podendo receber influência por políticas propostas anteriormente e políticas relacionadas ou que concorrem, a cultura de pesquisa e formulação de política. Neste momento, as principais decisões são assinaladas quanto a aceitar ou refutar uma política ou inovação.

Na etapa do conhecimento/aprendizagem são incluídas as decisões acerca de quais compreensões e tipos de aprendizagem são essenciais, de que forma se adquirirá o conhecimento, validado, compartilhado e de que forma a aprendizagem seguirá no caminho do processo;

A persuasão, em contrapartida, refere-se ao modo como os indivíduos ou organizações influenciarão os outros ou serão influenciados para acatar uma política e/ou para proporcionar um ambiente que facilite a transferência. Neste sentido, agrega-se, por exemplo, que os implementadores sejam motivados, obtendo informações acerca das agendas e legalidade política e social;

A implementação é a etapa caracterizada pela inclusão de todas as atividades voltadas à nova política que se pretende colocar em ação. O objetivo principal está direcionado em compreender os processos de execução e adaptação, que podem ser escolhidos para serem apropriados, reinventados ou traduzidos;

Por fim, na manutenção/expansão é incorporada a atividade de continuidade e acompanhamento de uma política que, uma vez implementada, poderá ser expandida.

É preciso destacar que todas as etapas descritas podem receber influência do contexto (político, econômico, social, cultural) e da disponibilidade de elementos (financeiros, humanos, materiais, técnicos, outros). Destaca-se que, mesmo esboçado em etapas (facilitando a compreensão), o delineamento inicial não pretende insinuar que o processo de transferência seja conduzido através de uma lógica linear ou ordem particular, de modo que a finalização de um momento imponha necessariamente o início de outro. Deve ser sempre levado em consideração que nem todas as tarefas serão cumpridas, mas podem ocorrer em momentos diferentes (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

3.2 Avaliação em Saúde

Para Hartz (1997), a ação de avaliar é uma atividade que remonta ao passado da atividade humana, uma vez que ela está associada ao processo de aprendizagem. Nesse sentido, Guba e Lincoln (1989) e Mark (1990) identificam três estágios na história da avaliação, decorrente do desenvolvimento dos conceitos e da acumulação dos conhecimentos. O primeiro está baseado na medida de resultados escolares e do mundo do trabalho; o segundo busca identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados, predominante nos anos 20 e 30; e por fim, o terceiro estágio está centrado no julgamento.

O desenvolvimento de uma avaliação implica em escolhas atinentes a aspectos de avaliação, utilizando abordagens integradoras onde o método e as técnicas relacionam-se com o objeto da avaliação, sendo que em muitas circunstâncias, uma combinação entre as diversas perspectivas não somente é possível, mas também desejável visto que existe atualmente uma diversidade instrumental-metodológica, o que permite focalizar não apenas práticas, serviços e programas, mas em totalidades mais complexas, como sistemas nacionais e locais de saúde (SILVA, 1999).

Para Hartz (1997), à medida que os serviços de saúde passam a demandar respostas às necessidades de saúde das populações com maior vulnerabilidade, a

avaliação de programas baseada em princípios epidemiológicos necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável.

Neste sentido, para Tanaka (2011), a avaliação em saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde, constitui-se em uma ferramenta do processo técnico-administrativo, destinado à tomada de decisão que busca medir, comparar e emitir juízo de valor, com o objetivo modificar os processos de trabalho e de gestão no campo da saúde.

A partir da década de 90 do século XX vivenciamos, especialmente no Brasil, uma reforma no sistema de saúde, modificando a relação até então estabelecida entre o Estado, a sociedade e o mercado. Esta reforma buscou ampliar o acesso ao sistema de saúde, eficácia, eficiência e qualidade nas ações e serviços implementados pelos agentes públicos e privados. Para Tanaka (2011), em uma proposta avaliativa, existem valores e interesses que se articulam ao contexto no qual emergem.

Donabedian (1980) afirma que para avaliar a qualidade das ações de saúde é necessário traduzir esta avaliação em conceitos e definições gerais e em critérios operacionais, parâmetros e indicadores validados. Traduz-se, portanto, a existência de um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam demonstrar o que é feito, por referência ao que se pode e/ou se quer fazer em relação ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (PEREIRA, 2006).

Para Campos e Furtado (2011), a avaliação contribui para o fortalecimento das políticas públicas e dos programas no campo da saúde, ao mesmo tempo em que contribui para revisitar o enfoque utilizado nas avaliações, uma vez que a realidade dos serviços de saúde se impõe com mais força aos gestores que precisam estar respondendo em tempo hábil às necessidades de saúde de sua população.

Nesse mesmo caminho, Brousselle *et al.* (2011) apontam que a avaliação contribui para tornar as políticas públicas e programas mais assertivos e coerentes com a realidade social. Conforma-se num espaço de negociação entre os diferentes atores que operam as políticas de saúde, sendo um instrumento para a formulação de políticas (TANAKA; RIBEIRO, ALMEIDA, 2017).

A avaliação em saúde construiu sua trajetória a partir de gerações avaliativas, marcando mudanças teórico-conceituais substanciais que se fizeram e ainda se fazem

necessárias na conformação e legitimação do campo da avaliação (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Ainda sobre a avaliação, é evidente na literatura a sua segmentação prático-teórica em quatro gerações. São definidas como avaliações de primeira geração as realizadas entre os anos de 1910 e 1930, que contam com o uso de instrumentos de medida técnica, os quais contribuem na mensuração dos fenômenos/intervenções estudados. Identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades para verificar se é possível atingir os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação marcam a segunda geração dos estudos avaliativos no período de 1930 a 1967. A terceira geração, ocorrida entre 1967 e 1980, apresenta como competência fundamental do avaliador a institucionalização das práticas avaliativas. Tal geração é caracterizada pela emergência das evidências científicas dadas pelo número crescente das associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade, apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajuda. As pesquisas avaliativas de 1980 até o momento são denominadas de quarta geração. Essas não excluem os referenciais anteriores, mas a avaliação torna-se mais inclusiva e participativa, um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Em Ayres (2004), a avaliação em saúde pode ser definida como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade àquilo que é feito e vem sendo desenvolvida em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França desde os anos 70, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

Para Campos (2005), a avaliação em saúde deve ser concebida como uma oportunidade de mudança, acompanhada por propostas que busquem pôr em prática as mudanças necessárias para atingir a qualidade da atenção em saúde. Nesse sentido, Silva, Gasparini e Barboza (2017) afirmam que a avaliação se constitui em um instrumento técnico-político na medida em que é central para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados e os serviços sejam acessíveis e de qualidade, sendo que os gestores e profissionais precisam estar preparados para assegurar tais direitos. Assim, a avaliação se constitui como uma ferramenta importante para gerar

informações sobre os sistemas ou serviços de saúde, possibilitando desta forma ampliar o debate nos diferentes níveis da gestão.

Por fim, Hartz e Silva (2005) apresentam ainda uma concepção emancipadora de avaliação, ao que podemos chamar de quinta geração, a qual combina características das gerações anteriores, mas implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo uma vez que as observações e as mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma “fotografia” do que ocorre em um determinado momento, o qual é definido pelo pesquisador, que escolhe a época em que ocorrerá a coleta de dados (PEREIRA, 2006).

Ademais, caracteriza-se também como um estudo avaliativo, pois permite que seja realizado um planejamento exposto de uma intervenção a partir de métodos científicos. Para Hartz (1997) essa modalidade de pesquisa permite analisar uma intervenção realizada, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, objetivando a tomada de decisão.

Os dados são provenientes de um banco de dados de estudos prévios realizados pelo grupo de pesquisa GEOTB e foram utilizados para analisar como ocorre a Transferência do TDO da TB para os serviços de APS.

4.2 Locais de estudo

Trata-se de um estudo que conta com a participação de municípios que integram dois estados de diferentes regiões do Brasil: Amazonas (Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé) e São Paulo (Indaiatuba e Piracicaba).

Os municípios foram escolhidos, à época, por serem considerados prioritários para o controle da TB no período da coleta de dados, mais especificamente no ano de 2016. Para o estado de São Paulo essa definição foi feita, ainda, pelo antigo PNCT, segundo os indicadores: possuir mais de 100 mil habitantes, incidência de TB superior a 80% da taxa do Brasil ou taxa de mortalidade superior à do país. Para o estado do Amazonas, essa definição de municípios prioritários era de responsabilidade do governo estadual, segundo critérios próprios. Os dados epidemiológicos da TB nos municípios incluídos no estudo estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Dados epidemiológicos da tuberculose nos municípios incluídos no estudo no ano da coleta de dados (2016)

Estados	Municípios	Incidência (casos por 100 mil hab.)	Cura (%)	Abandono (%)	Óbito (%)	TDO (%)
Amazonas	Itacoatiara	44,7	77,1	10,4	8,3	16,7
	Manacapuru	67,1	70,3	13,5	9,5	63,5
	Parintins	34,6	77,3	9,1	9,1	81,8
	Tabatinga	61,0	86,0	9,3	4,7	19,6
	Tefé	61,1	90,2	4,9	4,9	65,9
São Paulo	Indaíatuba	12,7	89,2	-	8,1	54,1
	Piracicaba	46,9	80,0	8,8	9,8	77,2

Fonte: Incidência (número de casos novos de TB residentes nos municípios – DATASUS / população estimada dos municípios – IBGE x 100 mil); Taxas de cura, abandono e óbito (número de casos que evoluíram para cura, abandono e óbito por TB separadamente / número de casos totais de TB residentes nos municípios - DATASUS x 100); Cobertura de TDO (número de casos que realizaram TDO / número de casos totais de TB residentes nos municípios - DATASUS x 100)

4.2.1 Itacoatiara

O município de Itacoatiara dista 175,9 km em linha reta da capital Manaus, possuía população estimada de 98.503 habitantes para o ano de 2016 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e índice de Gini de 0,6 no censo de 2010 (IBGE, 2023). Em dezembro de 2016, o município apresentava cobertura de 56,8% de Estratégia Saúde da Família (ESF), 71,2% de APS e de 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2023).

O município contava com o Programa de Controle da TB (PCT), sendo coordenado por uma enfermeira no ano da coleta de dados. Possuía a atenção à TB descentralizada e o TDO era realizado em domicílio pelo ACS. Além disso, o município dispunha de apenas um laboratório de referência municipal para realização da análise bacteriológica para o diagnóstico da doença.

4.2.2 Manacapuru

Manacapuru apresenta distância de 79,0 km em linha reta da capital Manaus, com uma população estimada no ano de 2016 de 95.330 habitantes (BRASIL, 2016). Em 2010, o município possuía um IDH e índice de Gini de 0,6 (IBGE, 2023). A cobertura populacional de ESF em dezembro de 2016 era de 76,9%, a de APS era de 90,7% e a de ACS de 100% (BRASIL, 2023).

O PCT era descentralizado em 2016 e o TDO era realizado no domicílio pelo ACS, dispondo de um laboratório de referência municipal para realização dos exames diagnósticos de TB, sendo coordenado por uma assistente social.

4.2.3 Parintins

O município de Parintins é o segundo mais populoso do estado com uma população estimada de 112.716 habitantes para o ano de 2016, distando 360,0 km em linha reta da capital Manaus. Em 2010, o município possuía um IDH de 0,7 e índice de Gini de 0,6 (IBGE, 2023). A cobertura populacional de ESF, da APS e de ACS em dezembro de 2016 era de 71,1%, 76,5% e 100%, respectivamente (BRASIL, 2023).

A atenção aos pacientes com TB era descentralizada, tendo como coordenador um enfermeiro em 2016.

4.2.4 Tabatinga

Tabatinga é um município de tríplice fronteira (Brasil, Colômbia e Peru), com parte da população indígena. Possuía população estimada para o ano de 2016 de 62.346 habitantes, distando 1.113,40 km da capital Manaus, em linha reta. No censo de 2010, possuía um IDH de 0,6 e índice de Gini de 0,7 (IBGE, 2023). A cobertura populacional de ESF, APS e ACS em dezembro de 2016 no município foi de 73,5%, 78,4% e 100%, respectivamente (BRASIL, 2023).

O município contava com o PCT, sendo coordenado por uma enfermeira. Possuía a atenção à TB descentralizada e o TDO era realizado em domicílio.

4.2.5 Tefé

O município de Tefé possuía uma população estimada para o ano de 2016 de 62.230 habitantes, com distância da capital Manaus, em linha reta de 530,0 km (BRASIL, 2016). Em 2010, possuía um IDH e índice de Gini de 0,6 (IBGE, 2023). A cobertura populacional no município de ESF, APS e ACS em dezembro de 2016 era de 93,9%, 93,9% e 100%, respectivamente (BRASIL, 2023).

O PCT era coordenado por uma técnica de enfermagem. Possuía a atenção à TB descentralizada e o TDO era realizado em domicílio pelo ACS, dispondo de um laboratório de referência municipal para realização dos exames diagnósticos de TB.

4.2.6 Indaiatuba

Situada a 74,9 km da capital São Paulo em linha reta, sua população em 2016 correspondeu a 235.367 habitantes. O IDH do município no censo de 2010 foi classificado em 0,8 e o índice de Gini em 0,5 (IBGE, 2023). A cobertura estimada de ESF, APS e ACS em relação à população do município em dezembro de 2016 era de 29,9%, 49,3% e 21,9%, respectivamente (BRASIL, 2023).

A atenção à TB no município encontrava-se de forma descentralizada para a APS que, por sua vez, eram responsáveis por realizar o TDO.

4.2.7 Piracicaba

O município dista cerca de 134,2 km em linha reta da capital São Paulo. Possuía uma população estimada de 394.419 habitantes em 2016. Em 2010, o IDH foi de 0,8 e o índice de Gini de 0,5 (IBGE, 2023). A cobertura estimada de ESF, APS e ACS em relação à população do município em dezembro de 2016 era de 43,7%, 66,6% e 40,5%, respectivamente (BRASIL, 2023).

A atenção à TB no município em 2016 encontrava-se parcialmente descentralizada, ou seja, era realizada por ambulatório de referência e unidades de APS, os quais realizavam o TDO.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo profissionais de saúde de nível básico e médio (agentes comunitários da saúde, auxiliares e técnicos em enfermagem) e superior (enfermeiros e médicos) que realizavam ações de controle da TB nos municípios estudados. Foram incluídos aqueles que se encontravam no cumprimento ou exercício de suas funções no momento da data da coleta de dados e possuíssem experiência de, no mínimo, seis meses de trabalho no município.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam em férias ou afastamentos por licença-saúde no momento da coleta de dados, os que trabalhavam nas unidades de saúde indígenas e aqueles que, após três tentativas de contato, não estavam disponíveis ou presentes. A tabela 2 apresenta o número de profissionais entrevistados em cada município, segundo categoria profissional.

Tabela 2. Profissionais entrevistados em cada município estudado, segundo categoria profissional

Município	Agente Comunitário de Saúde	Técnico em Enfermagem	Enfermeiro	Médico	TOTAL
Itacoatiara	6	4	7	1	18
Manacapuru	6	2	7	2	17
Parintins	12	-	14	7	33
Tabatinga	11	5	9	3	28
Tefé	12	11	10	9	42
Indaiatuba	-	19	16	9	44
Piracicaba	-	-	54	-	54
TOTAL	47	41	117	31	236

Fonte: os autores.

4.4 Instrumento de coleta de dados e variáveis

Para o presente estudo, foi utilizado o banco de dados do grupo de pesquisa GEOTB. Este banco de dados foi formado a partir da aplicação do instrumento “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em TB (ATP- IINFOC-TB)”, validado por Silva (2016) e que visa avaliar a TP do TDO para a TB segundo a perspectiva dos profissionais de saúde: ACS, nível médio e superior (ANEXO A).

O instrumento contém 39 itens, e as opções de resposta são apresentadas segundo uma escala do tipo Likert de 5 pontos: discordo (1), discordo parcialmente (2), indiferente (3), concordo parcialmente (4), concordo (5). Nos itens negativos do instrumento de coleta de dados (4, 12 e 16), foi realizada a inversão da pontuação, sendo concordo (1), concordo parcialmente (2), indiferente (3), discordo parcialmente (4), discordo (5).

Para este estudo, foi utilizado um modelo de análise desenvolvido por Sicsú (2017), o qual distribuiu os itens do instrumento em sete domínios de análise fundamentados no referencial da TP: ações da gestão, ações da equipe de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO; conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO; percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde; prática do TDO; percepção sobre estratégias para melhorar o TDO. Cada domínio correspondeu a um conjunto de ações relacionadas à execução, manutenção e expansão do TDO. A distribuição dos itens do ATP-IINFOC-TB segundo domínios de análise pode ser visualizada no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Variáveis do instrumento ATP-IINFOC-TB distribuídas segundo domínios de análise. Ribeirão Preto/SP, 2017

Domínios de análise	Item do instrumento	Variáveis
Ações da gestão	7	V1- Utilização de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO
	14	V2 - Oferta frequente de capacitações sobre o TDO
	37	V3 - Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO aos profissionais recém-contratados
	1	V4 - Discussão sobre o TDO com a equipe
	16	V5 - Liberação para participação nos treinamentos
	6	V6 - Utilização de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento
	4	V7 - Integração/Interação com a equipe
Ações da equipe de saúde	32	V8 - Utilização pela equipe de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO
	30	V9 - Unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO
	2	V10 - Discussão do TDO entre a equipe
	17	V11 - Discussão dos casos clínicos de pessoas com TB em TDO pela equipe
	38	V12 - Percepção das dificuldades da pessoa com TB em TDO
Recursos para o desenvolvimento do TDO	9	V13 - Acesso a materiais educativos sobre o TDO
	20	V14 - Os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional
	21	V15 - Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO
	22	V16 - Recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO
Conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO	10	V17 - Compreensão das diretrizes do TDO
	11	V18 - Compreensão do protocolo do TDO
	15	V19 - Participação nos treinamentos
	12	V20 - Seguimento das diretrizes do TDO
	36	V21 - Motivação para inovação das práticas do TDO
Percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde	13	V22 - Percepção sobre o TDO como uma rotina simples
	18	V23 - Percepção sobre a importância do TDO
	28	V24 - Percepção sobre a importância do TDO na qualificação da assistência à pessoa com TB
	33	V25 - Percepção da contribuição do TDO para a promoção da saúde
Prática do TDO	34	V26 - O TDO é trabalhado de forma multiprofissional
	24	V27 - Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO
	39	V28 - Adaptação do TDO à área de abrangência da unidade
	25	V29 - Participação da pessoa com TB no plano de cuidado
	26	V30 - Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	19	V31 - Necessidade de incorporação de outras instituições
	23	V32 - Necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO
	8	V33 - Impacto positivo das ações de sensibilização no TDO
	29	V34- Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO
	35	V35- Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO

Fonte: SICSU (2017, p. 73)

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu somente depois da apreciação e aprovação dos projetos de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto.

De posse das autorizações, os pesquisadores principais realizaram reuniões com Secretários Municipais de Saúde e/ou coordenadores dos Programas de Controle da TB para apresentar os objetivos do estudo. Esses encontros, além de permitir a autorização para o início das coletas junto a sua rede de atenção, possibilitaram por parte dos pesquisadores organizar estratégias para acessar os serviços de saúde, bem como os profissionais.

Cabe destacar que os envolvidos com as coletas eram os pesquisadores principais e ou pós-graduandos vinculados ao grupo de pesquisa GEOTB da EERP-USP, os quais passaram por um processo de treinamento para a realização deste procedimento. Os dados coletados foram duplamente digitados e geraram bancos de dados primários, que foram utilizados neste estudo.

De posse dos bancos individuais de cada um dos sete municípios estudados foi estruturado um banco unificado com as 39 variáveis do instrumento de coleta de dados ATP-IINFOC-TB, que permitiu avaliar o conjunto dos municípios segundo os estados investigados.

4.6 Plano de análise

Os dados foram organizados, compilados e recodificados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados unificado no *Excel for Windows*, para posterior análise estatística no software TIBCO Statistica™ versão 14.0.0.15.

Para a caracterização da população do estudo, os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa. Para a análise dos domínios de transferência do TDO para a APS, foram criados indicadores, que corresponderam ao somatório dos escores das categorias das respostas dos profissionais de saúde (de 1 a 5), dividido pelo número total de respondentes para obtenção de um valor médio, o qual foi apresentado em box plots com respectivos intervalos de confiança 95%. Os indicadores criados foram classificados segundo os intervalos de confiança: se incluíssem os valores 1, 1,5 e 2 receberiam a classificação de “desempenho insatisfatório”; 2,5, 3 e 3,5, “desempenho regular” e 4, 4,5 e 5, “desempenho

satisfatório”. Para comparar o desempenho dos estados em relação à transferência do TDO, aplicou-se o teste Mann-Whitney a um nível de significância de 5%.

4.7 Aspectos éticos

O pesquisador principal consultou a Comissão de ética em Pesquisa da EERP-USP para ciência do trabalho a ser realizado, uma vez que os bancos primários, fonte da pesquisa, já haviam sido aprovados por esta mesma comissão.

As coletas realizadas nos municípios de Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé foram registradas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o protocolo CAAE: 45415015.3.0000.5393 (ANEXO B) e nos municípios de Indaiatuba e Piracicaba estão registrados sob protocolo CAAE: 511081015.6.0000.5359 (ANEXO C).

Para participação nos estudos, todos os profissionais de saúde confirmaram anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS D e E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 236 profissionais da saúde. Destes, 138 eram da APS do estado do Amazonas e 98 de São Paulo.

Por meio da tabela 3 é possível ver que no estado do Amazonas a maioria dos participantes eram do sexo feminino (79,7%), com idade entre 22 e 40 anos (70,3%). Com relação às profissões, 34,1% eram enfermeiros, 34,1% eram ACS, e apresentavam de um a cinco anos de atuação (56,5%). Em São Paulo, 94,9% dos participantes eram do sexo feminino, 71,2% tinham entre 31 e 50 anos de idade, 71,4% eram enfermeiros e 73,4% tinham de um a dez anos de atuação.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais de saúde participantes do estudo sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, segundo sexo, idade, categoria profissional e tempo de atuação. Estados do Amazonas e São Paulo, 2016

Variáveis	Estados		
	Amazonas n (%)	São Paulo n (%)	
Sexo	Feminino	110 (79,7)	93 (94,9)
	Masculino	28 (20,3)	5 (5,1)
Idade (anos)	22 a 30	34(24,6)	11 (11,3)
	31 a 40	63 (45,7)	47 (48,5)
	41 a 50	31 (22,5)	22 (22,7)
	51 ou mais	10 (7,2)	11 (17,5)
Categoria profissional	Enfermeiro	47 (34,1)	70 (71,4)
	ACS*	47 (34,1)	-
	Técnico de Enfermagem	22 (15,9)	19 (19,4)
	Médico	22 (15,9)	9 (9,2)
Tempo de atuação (anos)	1 a 5	78 (56,5)	41 (41,8)
	6 a 10	33 (23,9)	31 (31,6)
	11 ou mais	27 (19,6)	26 (26,5)

*Legenda: Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Fonte: os autores

O protagonismo da enfermagem na APS, inserida no contexto do SUS, e no controle da tuberculose é notório. Diversos estudos evidenciam a evidente representatividade dessa categoria profissional nos serviços de saúde em seus diferentes níveis de assistência, com exclusividade na APS em específico nas Unidades de Saúde (SILVA, 2023; AMARAL; SILVA, 2021; BARROS et al., 2021; TOSO, 2021; VIACAVA, et al. 2018).

A esse respeito, a Portaria 648/GM/2006 do MS contribui substancialmente com a descrição das atribuições do enfermeiro no processo de trabalho em

atendimento às necessidades da população e do SUS, mediante as demandas vivenciadas e programáticas. Desta forma, o enfermeiro assume papel de destaque na efetivação na assistência em saúde nos diferentes serviços e pontos de atenção à saúde, demandando várias ações assistenciais, prática-gerencial e educacional (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; KOSTER, 2019; SILVA et al., 2021). Vale ressaltar que, no contexto da TB, atribui-se ao enfermeiro, dentre outras atividades, a realização de consultas de enfermagem mensais, com acompanhamento de fatores de risco, ação educativa, busca ativa e vigilância (SILVA, 2023).

Nesse contexto, nota-se que existem vários Programas da Atenção Básica para atuação do profissional Enfermeiro segundo Manuais do Ministério da Saúde (MS), expressos em Cadernos de Atenção Básica, com objetivos de apoiar o desenvolvimento desses programas (SILVA, 2023). Dentre eles, cabe destacar o programa de controle da tuberculose que tem se fortalecido com o passar dos anos, e que tem legitimado avanços tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento da TB (SILVA et al., 2023; ACOSTA et al., 2023), assim como as melhorias do acesso e qualidade da APS (GARCIA, 2018). No entanto, para o sucesso dessas ações é necessário contar também com o trabalho de equipes de saúde (SILVA, 2023; ACOSTA et al., 2023), especialmente quando a atuação se esbarra continuamente em doenças infecto-contagiosas, como no caso da TB.

Assim, o trabalho em equipe nos serviços de saúde, e em se tratando da TB, coaduna com os expressos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visto que entre os vários destaques mencionados na política, ressalta-se a provisão da atenção integral e contínua, que somente é possível com a atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde, a fim de potencializar a qualidade da assistência (BRASIL, 2012; 2017).

No contexto internacional, mais especificamente em países de alta renda, estudos têm demonstrado o processo de colaboração interprofissional em equipes de APS (MATUDA; MARTINS; FRAZAO, 2015; KANNO et al., 2023). Em contexto nacional conta-se com determinada escassez de estudos concentrados no processo de colaboração interprofissional na APS (MULVALE et al., 2016; KANNO et al., 2023).

No entanto, ao considerar o trabalho em equipe, é importante destacar também o trabalho multiprofissional, tendo em vista a complexidade do cuidado em saúde (MACEDO, 2007) e em especial com a TB, dado que grande parte dos adoecidos são de grupos socialmente desfavorecidos. Desta forma, podemos considerar que o

trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, representa uma mobilização coletiva dos espaços de produção do cuidado na APS, em especial na ESF (TUSE et al., 2023).

Sabe-se, assim, que as potencialidades dessas equipes se encontram na possibilidade de apropriação geral das ações e cuidados oferecidos de acordo com o rol de serviços e alinhamento entre os pares para alcance da integralidade e continuidade da assistência, sendo evidenciada nas articulações e interações entre os profissionais (TUSE et al., 2023).

Outro fato relevante a se ponderar é o perfil do profissional, uma vez que há o risco dos “profissionais de saúde muitas vezes se acomodam em suas tarefas, reproduzindo 'automatismos do fazer', sem dar a devida atenção a si mesmos e aos outros” (MACEDO, 2007, p.33). Logo, evidencia-se que o desafio do trabalho multiprofissional é produzir um novo saber, oriundo dos processos de reflexão a respeito da difícil tarefa assistencial, motivando seus atores ao protagonismo tão necessário para a qualificação do atendimento oferecido e o aprimoramento desta ferramenta indispensável, que é o trabalho em equipe” (MACEDO, 2007).

Desta forma, torna-se necessário o entendimento acerca das condições sensíveis à APS. A TB, nesse rumo, entra nesse escopo e faz menções de várias estratégias para controle da doença a partir da diminuição da incidência e prevalência e efetividade no tratamento (Silva, 2023).

Em se tratando especificamente do tratamento podemos inferir que, mediante a consolidação e a robustez dos estudos encontrados na literatura, o TDO representa um exponencial avanço, assim como o diagnóstico precoce (FERREIRA et al., 2018). Contudo, é preciso compreender também que existem fatores associados como o abandono e/ou a desistência do tratamento que ainda representam um complexo desafio para os profissionais de saúde e, conseqüentemente, para os serviços (ALVES et al., 2020; BERNARDO et al., 2020).

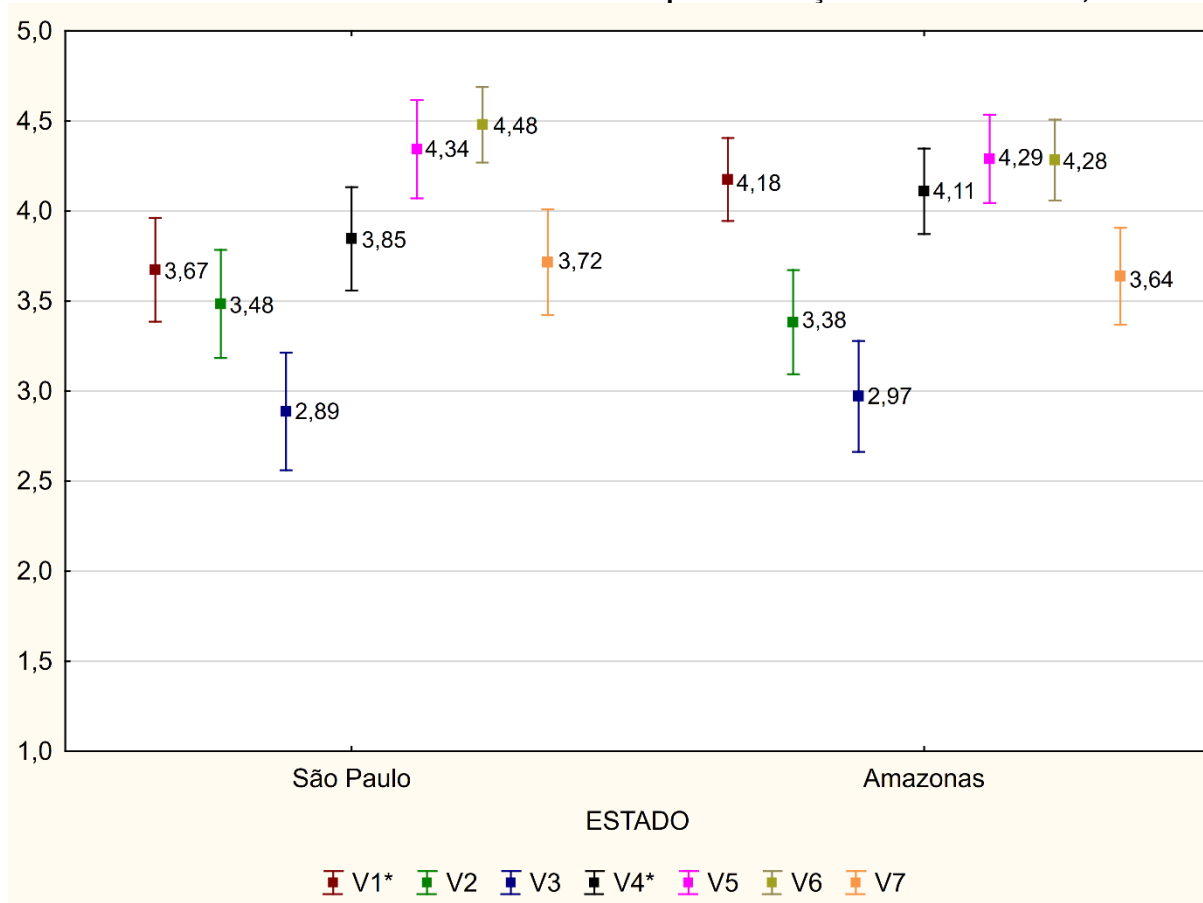
Outra observação a ser mencionada é o perfil dos profissionais atuantes nos serviços de APS. Logo, evidenciamos que é um público eminentemente feminino em idades economicamente ativa. Esses achados corroboram com observações em outros estudos, principalmente na atuação acentuada do público feminino nos serviços de saúde (ALVARENGA; SOUSA, 2023; FIGUEREDO; GONZALES; SIGNOR, 2022).

De modo similar, enaltecemos a participação do profissional ACS no controle da TB, com maior ênfase no estado do Amazonas, muitas vezes devido à escassez de outros profissionais da enfermagem, em regiões distais. De forma geral, o profissional ACS colabora em várias frentes de atuação na APS, com exclusividade em buscas ativas e abordagens educativas junto à população residente no território, inclusive porque geralmente possuem maior proximidade com a população adstrita e adscrita. Esses profissionais têm amplo conhecimento de sua microárea de atuação (CORREIA et al., 2022). Desta forma, atuam de maneira efetiva no programa de controle da TB, e conseguem colaborar decisivamente no apoio à equipe de saúde, quanto a atenção a TB (OLIVEIRA et al., 2022).

5.1 Domínio: Ações da Gestão

Na análise do primeiro domínio da transferência de políticas (figura 2), verificou-se que o estado de São Paulo apresentou desempenho *regular* em relação ao indicador “Utilização de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO”, enquanto o Amazonas apresentou desempenho *satisfatório*. O desempenho de São Paulo também foi pior em relação ao indicador “Discussão sobre o TDO com a equipe”, no entanto, o desempenho dos dois estados foi classificado como *satisfatório* para este indicador. Os dois estados apresentaram desempenho *regular* em relação aos indicadores “Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO”, “Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO aos profissionais recém-contratados” e “Integração/Interação com a equipe”, e desempenho *satisfatório* em relação aos indicadores “Liberação para participação nos treinamentos” e “Utilização de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento”, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 2. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de ações da gestão da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



*Teste Mann-Whitney $p < 0,05$.

Legenda: V1- Utilização de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO; V2 - Oferta frequente de capacitações sobre o TDO; V3 - Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO aos profissionais recém-contratados; V4 - Discussão sobre o TDO com a equipe; V5 - Liberação para participação nos treinamentos; V6 - Utilização de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento; V7 - Integração/Interação com a equipe.

No contexto da transferência de políticas "ações da gestão" observa-se que a maioria das variáveis se apresenta de maneira satisfatória nas diferentes regiões em estudo. Contudo, é possível notar que existem dificuldades e fragilidades no que se refere à utilização de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO. Esse fato pode estar relacionado ao déficit de processos formativos e de capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento da política de controle da TB com ênfase no rastreamento e acompanhamento dos casos (DAMBRÓS, 2023; SICSÚ, 2017; SOUSA, 2017).

O estudo de Shuhama et al. (2017) sugere que embora as práticas de ensino-aprendizagem inseridas no contexto da APS tenham tido uma significativa expansão

nos últimos anos, elas ainda se desdobram em ações pontuais e de natureza meramente informativa, isto é, com baixo potencial de produzir mudanças concretas e permanentes. Nesse sentido, é esperado que haja investimentos no campo da educação permanente para as ações de controle da TB, como medida para qualificar a assistência voltada aos usuários dos serviços de saúde adoecidos por TB, melhorando os indicadores de adesão ao tratamento, assim como proporcionando maior controle e cura da doença (DAMBRÓS, 2023).

Outro quesito é a percepção dos profissionais de saúde sobre o TDO. Considera-se perceptível a necessidade de difusão dessa temática no meio acadêmico, principalmente nos cursos de graduação e de pós-graduação, assim como, o incentivo à ampliação de estudos nessa vertente (DAMBRÓS, 2023).

De acordo com os estudos de Sicsú (2017), os desafios, dificuldades e fragilidades para a efetivação do TDO estão relacionados à inadaptabilidade do espaço físico para o atendimento ao adoecido por TB, mas também à falta de medicamentos nas unidades de saúde, que muitas vezes pode levar à resistência medicamentosa. A autora ainda aponta o déficit e até mesmo a alta rotatividade de recursos humanos, que associados a falta de transporte para locomoção dos profissionais na realização do TDO em áreas muitas vezes remotas e que por vezes exigem adaptações locais, dificultam a continuidade do tratamento.

O estudo de Sicsú (2017) ainda apresenta as fragilidades no trabalho multidisciplinar associados a vulnerabilização de famílias e adoecidos por TB, que exigiram maior capacitação e treinamentos específicos para o controle da TB e desenvolvimento do TDO, entre outros. Ressalta-se que todos esses gargalos impactam negativamente nessa estratégia de tratamento e TP, sendo evidenciado nos indicadores epidemiológicos da TB.

A falta de capacitação e treinamentos dos profissionais da saúde tem sido uma retórica nos estudos em geral, que por sua vez leva ao conhecimento deficitário dos profissionais de saúde sobre o processo do cuidado e doença (DAMBRÓS et al., 2023; 2023; LIMA et al., 2023). Ressalta-se, ainda, que a desinformação dos profissionais e usuários dos serviços de saúde ainda é uma realidade em diversos espaços e regiões do país (SOUZA, 2023; DAMBRÓS et al., 2023)

Os resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de controle da TB no âmbito da APS, na pró-atividade de gestores com buscas de recursos e investimentos em infraestrutura, oferta e disponibilidade de materiais

educativos principalmente no contexto da APS com vistas à assistência qualificada. Logo, torna-se importante canalizar esforços para o fortalecimento do TDO, garantindo e disponibilizando processos educativos potentes, tanto para profissionais quanto para os usuários, considerando a realidade local desses entes e a singularidade dos doentes de TB (SICSÚ, 2017).

Nesse sentido, o desenvolvimento dos recursos humanos contribui de maneira significativa para a qualificação da Atenção Primária à Saúde, por meio de ferramentas e tecnologias que propicie o desenvolvimento de processos educacionais potentes e inovadores na área da educação permanente e educação em saúde (FIGUEIREDO et al., 2023; JESUS; RODRIGUES., 2022; REIS, 2023).

A APS por possuir, na maioria das vezes, recursos de baixa densidade tecnológica com responsabilidades distintas, deveria ao nosso ver garantir maior responsabilização sanitária nos diferentes territórios, o que possibilitaria solucionar mais de 85% dos problemas da população (foco na resolubilidade); e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos assistenciais e informações entre os diferentes níveis de atenção (foco na comunicação) (SODER et al., 2022; MACHADO et al., 2022).

A capacidade de resolutividade das ações de controle da TB é influenciada por fatores associados ao comportamento do doente, à modalidade de tratamento empregado e à operacionalização dos serviços, com destaque para a atuação do profissional da saúde na percepção das ações a serem tomadas (TERRA et al., 2022). São esses fatores que evidenciam a necessidade premente para as ações permanentes de educação em saúde, aspecto fundamental no caso da TB, que tem exigido importantes articulações intersetoriais e interprofissionais.

Logo, os vínculos representam diretrizes operacionais para o alcance da integralidade da saúde, considerando que o vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre profissionais da saúde e pacientes, por meio de relações de escuta qualificada, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo corresponsabilidade do tratamento de saúde e aumento da sensibilidade (BORGES, 2023; MENDONÇA, 2023).

Observa-se aqui um avanço nas discussões sobre o TDO com a equipe, em contexto regional de diferentes unidades federativas, resultado este que vai de encontro a outros estudos. Evidências apontam para melhor diálogo nesse quesito (DAMBRÓS et al., 2023).

Sabe-se que a oferta frequente de capacitações sobre o TDO é deficitária. Por isso, é oportuno e fundamental reforçar a importância do investimento em ações de educação em serviço, de modo a qualificar a atenção e o cuidado voltados às pessoas com TB e a facilitar o controle da doença, além de aumentar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar as taxas de cura (PINTO et al., 2022), visto que a própria medicação é reconhecida como um fator que leva ao abandono do tratamento por conta de suas especificidades, do tempo de uso e dos possíveis efeitos adversos (BEZERRA; MATOS, 2023). Por fim, sugere-se uma reflexão sobre os processos de TP, bem como ações da gestão junto a esses profissionais e serviços (DAMBRÓS et al., 2023).

Outrossim, diz respeito à necessidade de treinamentos e integração/interação entre a gestão e equipe, além da criação de novas estratégias relacionadas ao TDO (MENDONÇA, 2023). Logo, a liberação para participação nos treinamentos, a utilização de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento são aspectos basilares e necessários nos processos educativos sobre TB (MADAMA, 2022; ENGEL, 2022; DAMBRÓS, 2023). Acredita-se que as principais funções desses treinamentos são de aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais, com objetivos de melhorar e qualificar a adesão, tratamento (SILVA, 2017; AJAY, 2018; ENGEL, 2022; DAMBRÓS, 2023) e medidas preventivas na disseminação do bacilo, evitar recidivas da doença e resistência a medicamentos.

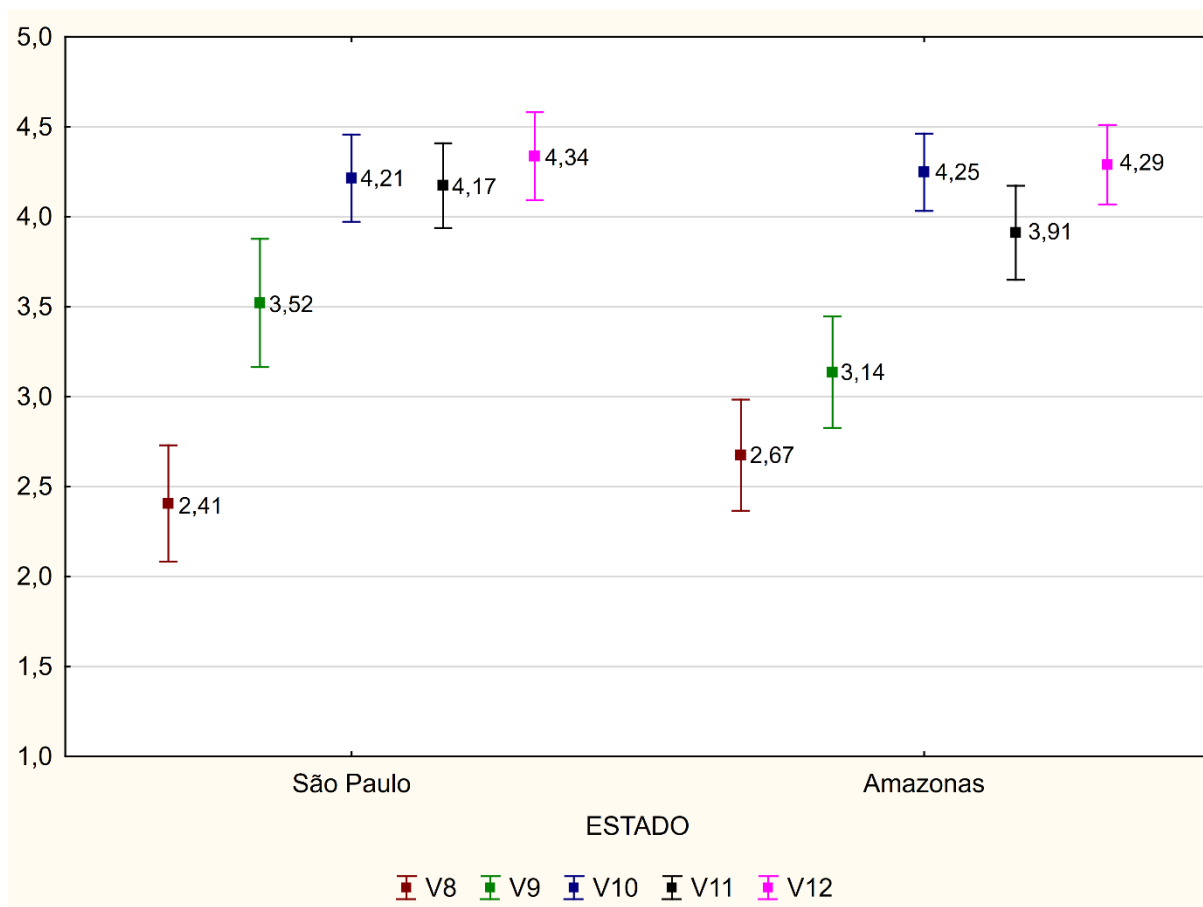
Entretanto, ainda se observa resultados desfavoráveis no manejo da doença, o que nos permite inferir que são necessários maiores investimentos no contexto formativo dos profissionais para atuação na complexidade dos casos em tratamento por TB. Em síntese, investimentos na educação permanente são cruciais para o alcance de melhores resultados no contexto do tratamento e controle da TB (SILVA, 2017; AJAY, 2018; ENGEL, 2022; DAMBRÓS, 2023).

5.2 Domínio: Ações da Equipe de Saúde

Na análise do terceiro domínio da transferência de políticas (figura 3), verificou-se que não há evidências de diferença no desempenho dos Estados estudados em relação aos indicadores deste domínio. Os dois Estados apresentaram desempenho regular em relação aos indicadores “Utilização pela equipe de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO” e “Unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO” e desempenho satisfatório em relação aos

indicadores “Discussão do TDO entre a equipe”, “Discussão dos casos clínicos de pessoas com TB em TDO pela equipe” e “Percepção das dificuldades da pessoa com TB em TDO”, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 3. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de ações da equipe de saúde da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



*Teste Mann-Whitney $p < 0,05$.

Legenda: V8 - Utilização pela equipe de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO; V9 - Unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO; V10 - Discussão do TDO entre a equipe; V11 - Discussão dos casos clínicos de pessoas com TB em TDO pela equipe; V12 - Percepção das dificuldades da pessoa com TB em TDO.

Observa-se que em todos os quesitos avaliados acima: estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO; recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO por parte da equipe de saúde; plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO; discussões sobre os casos clínicos de pessoas com TB em TDO pela equipe, a enfermagem atua de maneira solidificada, participando das estratégias de tratamento e acompanhamento. Entretanto, existem muitos desafios

quanto ao TDO (AZEVEDO; FERREIRA; SILVA, 2022). Um estudo realizado por Azevedo, Ferreira e Silva (2020) discorre sobre as principais dificuldades da pessoa com TB em TDO. Sobre isso, evidenciou-se que as disponibilidades de horários não atendem às reais necessidades das pessoas com TB em TDO, assim como, as dificuldades de comunicação com enfermeiro e equipe e uniformização das estratégias e ofertas de atendimentos ao adoecido por TB em TDO.

O estudo desenvolvido por Pinto (2017) revela que as atividades relacionadas ao manejo clínico da TB na APS, que incluem as articulações entre as unidades de saúde da atenção primária e as pessoas com TB com foco nos diferentes equipamentos sociais da sociedade, têm uma capacitação bastante limitada pela dificuldade de integrar os serviços à comunidade com as ações de controle da TB. O estudo ainda revelou que as parcerias com as organizações locais para o controle da TB demonstraram falhas nessas aproximações, entre a unidade de saúde e a comunidade. Quando os pesquisadores analisaram o potencial do conselho ou da comissão local de saúde, presente na APS, este também revelou uma capacidade de articulação consideravelmente limitada (PINTO, et.al. 2017) para favorecer a articulação com o serviço de saúde na atenção à TB. Shuhama et al., (2017) corroboram com essa afirmativa ao relatarem que existe certa falta de interesse da comunidade em participar de atividades de educação em saúde sobre a TB.

Nesse sentido, Sales (2015) identificou aspectos que envolvem a necessidade de fortalecer o TDO em doentes que são submetidos a vulnerabilidade. Quando a autora discute o eixo relacionado à vulnerabilidade programática, observou que há uma escassez de estudos vinculados ao suporte social para o doente da TB, e enfatiza a necessidade da importância do TDO no sistema de saúde brasileiro, para o controle da doença no sistema de saúde brasileiro (SALES et al., 2015). Neste sentido, entendemos que esforços são necessários junto às equipes de saúde para fortalecer o TDO nos sistemas locais.

Embora represente um desafio, é imprescindível a busca por caminhos que permitam a aproximação entre os adoecidos pela TB e os serviços de saúde, em especial aos que fazem ou irão fazer uso do TDO. Nessa direção, é necessário apoiar-se em estratégias como a comunicação eficaz e aproximativa (garantir que o adoecido entendeu bem sua condição e as etapas do tratamento); educação e conscientização (trazer a rede de apoio para perto e fornecer ao adoecido informações claras sobre os benefícios do tratamento e os riscos de sua interrupção ou abandono); envolver a

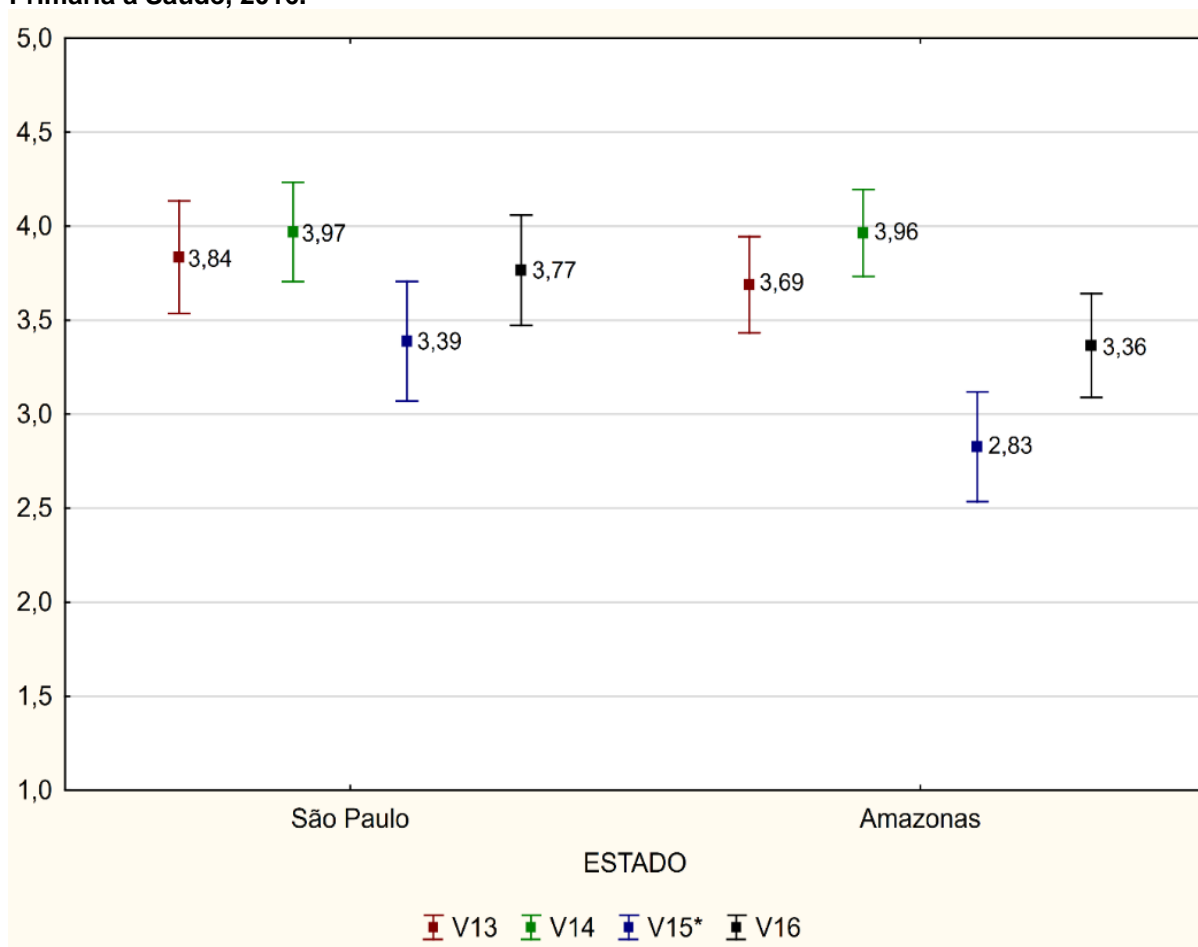
comunidade (propor estratégias que mobilizem líderes locais, deixando evidente a sua importância de papel crucial); criar estratégias de apoio psicossocial e centradas no doente (com foco na prevenção de desafios emocionais e na singularidade do sujeito); e rompimento de barreiras tanto logísticas quanto econômicas (procurar facilitar o acesso ao medicamento e ao serviço de saúde) (JÚNIOR *et al.*, 2016), inclusive promover a transferência direta de recursos e insumos (cestas básicas, produtos de higiene e autocuidado, dentre outros), uma vez que a vulnerabilidade social é, como já bem mencionado, um determinante importante a ser considerado

Assim, a transferência de políticas é capaz de promover a sensibilização e assegurar uma articulação de diferentes conhecimentos e de estratégias com abordagens que incluam aspectos sociais, econômicos bem como os epidemiológicos nas ações dos sistemas locais. Essa investida acarretará novos desmembramentos locais, junto aos profissionais de saúde, comunidade e as organizações sociais e de saúde presentes no território, que poderão fortalecer a política do TDO, tanto nas equipes como na sociedade civil organizada.

5.3 Domínio: Recursos para o Desenvolvimento do TDO

Na análise do quarto domínio da transferência de políticas (figura 4), verificou-se que o estado de São Paulo, na análise do indicador “Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO”, apresentou melhor desempenho em relação ao Amazonas, mesmo os desempenhos se configurarem como regulares em ambos os Estados. Os indicadores “Acesso a materiais educativos sobre o TDO” e “Recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO” têm o seu intervalo de confiança com o desempenho satisfatório no Estado de São Paulo, porém, ao analisar o estado do Amazonas, o índice se enquadra na classificação de desempenho regular. Para o indicador “Os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional” o desempenho entre regular e satisfatório em relação aos indicadores, o destaque é dado uma vez que no estado do Amazonas, ele se apresenta muito próximo ao de São Paulo, ambos no desempenho satisfatório, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 4. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de recursos para o desenvolvimento do Tratamento Diretamente Observado da transferência de políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016.



*Teste Mann-Whitney $p < 0,05$.

Legenda: V13 - Acesso a materiais educativos sobre o TDO; V14 - Os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional; V15 - Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO; V16 - Recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.

Os recursos para o desenvolvimento da TDO de maneira geral são importantes para a execução das ações e acolhimento das demandas. Os materiais educativos, por sua vez, corroboram com o entendimento e aproximação dos usuários, facilitando a compreensão das informações nas atividades educativas voltadas ao usuário do serviço, como também a comunicação entre os pares profissionais de saúde (SHUHAMA et al., 2017; QUADROS et al., 2021; LEITÃO et al., 2023).

Em se tratando dos materiais educativos as possibilidades são diversas, indo desde cartilhas e folders, até manuais e livros, dentre outros. No contexto da saúde, eles se caracterizam por apresentar a enfermidade, as suas características e o seu curso de tratamento, por meio de uma linguagem simples, direta e acessível. Além

disso, se bem construído, pode favorecer a aceitação da doença (GON *et al.*, 2012) e, conseqüentemente, impactar na adesão ao tratamento.

Para a promoção em saúde, os materiais educativos têm a obrigatoriedade de estarem em consonância com atualizados referenciais teóricos e metodológicos, sendo possível a consulta das fontes de informação e periódicas atualizações das mesmas (LIMA, 2022). É importante ressaltar que a disponibilidade recursos educativos e humanos suficientes para as práticas educativas no controle da TB, assim como a supervisão do TDO somam sobremaneira para o alcance de resultados significativos no tratamento da doença.

Os estudos de Shuhama *et al.* (2017) e de Silva *et al.* (2023) corroboram com o que foi exposto ao apresentar a importância da infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO. Os autores supracitados elucidam que as realidades observadas apontam para avaliações regulares nesse quesito, o que implica que as dificuldades para o atendimento pontual dos indivíduos, por exemplo, impactam de maneira considerável na adesão ao TDO.

No caso do Amazonas, além dos pontos já mencionados, existe acentuação nas condições individuais das pessoas com TB. Sobre isso, observa-se vulnerabilidades, fatores sociais, doenças crônicas entre outros. Enfatiza-se as condições precárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dialogando com as questões de infraestrutura (FREIRE *et al.*, 2022).

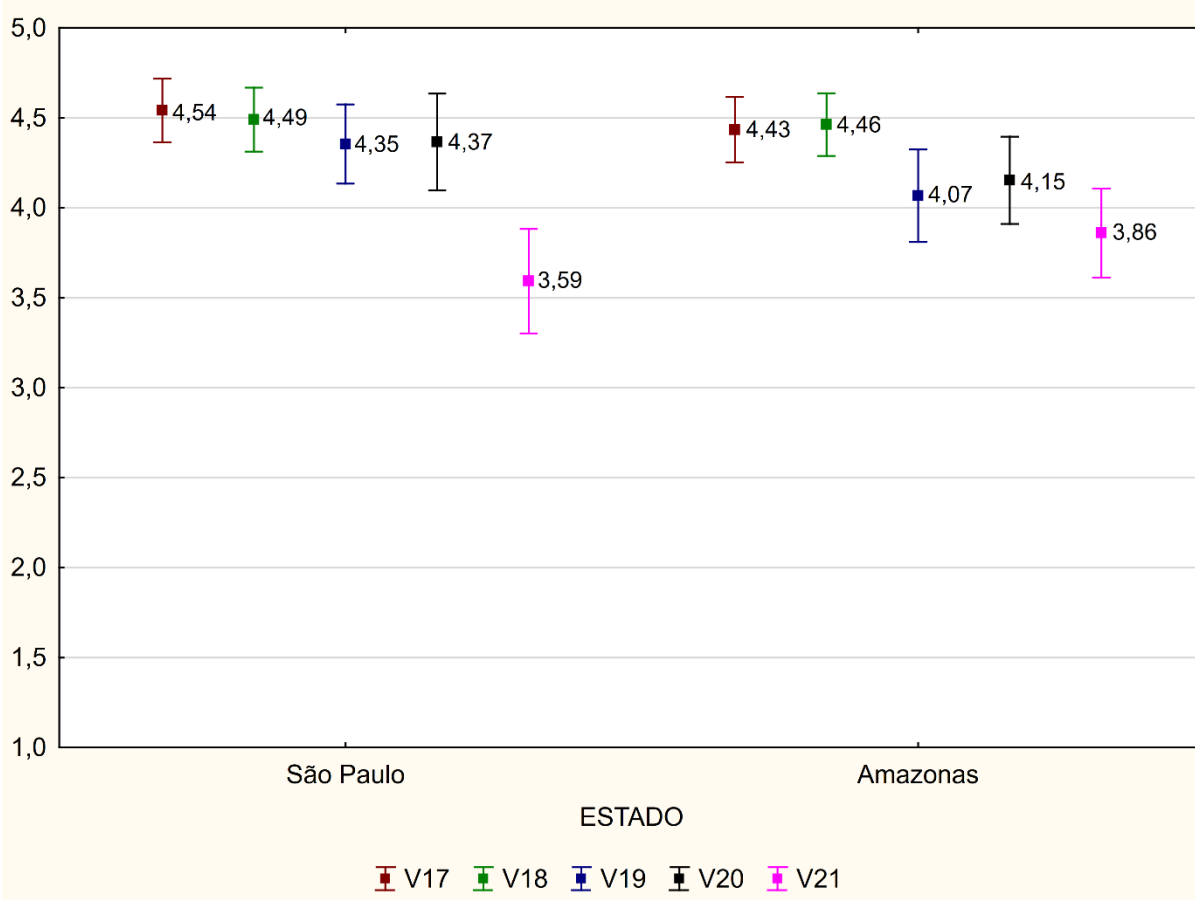
Assim como a estrutura física, outros recursos também são considerados fundamentais no processo do cuidado e tratamento do doente por TB. Haja vista que os recursos humanos se apresentam deficitários e ou inapropriados para execução da política de controle da tuberculose. Mesmo diante de tais desafios, o TDO tem somado resultados positivos (SHUHAMA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2023).

Busato (2022) e colaboradores atentam para a necessidade de valorização e fortalecimento das ações de combate à tuberculose na atenção primária por meio de programas de educação permanente, capacitação e formação para profissionais de saúde. Segundo os autores, a alta rotatividade de profissionais e a alta carga de trabalho são aspectos negativos para a formação de vínculo no acompanhamento dos pacientes com TB.

5.4. Domínio: Conhecimento e Incorporação das Diretrizes do TDO

Na análise do quinto domínio da transferência de políticas (figura 5), verificou-se que os dois Estados apresentaram desempenho satisfatório na maior parte dos itens avaliados, com destaque para o indicador “Compreensão das diretrizes do TDO”, que apresentou maior escore de avaliação. Junto a este, o indicador “Compreensão do protocolo do TDO” também obteve altos índices. Ainda os indicadores “Participação nos treinamentos” e “Seguimento das diretrizes do TDO” também estão margeados como satisfatório na avaliação. Quanto ao indicador “Motivação para inovação das práticas do TDO”, o Estado do Amazonas apresentou desempenho satisfatório, enquanto o Estado de São Paulo apresentou desempenho regular. No entanto, a evidência de tal diferença não foi significativa estatisticamente ao ser submetida na aplicação teste Mann-Whitney, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 5. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de conhecimento e incorporação das diretrizes do Tratamento Diretamente Observado da transferência de políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



*Teste Mann-Whitney $p < 0,05$.

Legenda: V17 - Compreensão das diretrizes do TDO; V18 - Compreensão do protocolo do TDO; V19 - Participação nos treinamentos; V20 - Seguimento das diretrizes do TDO; V21 - Motivação para inovação das práticas do TDO.

Ao analisar esses resultados, é possível observar que no caso do Amazonas, existem desafios e limitações a serem enfrentadas desde o diagnóstico até a finalização do tratamento. Pontos relatados em outros estudos, apontam para o retardo no diagnóstico que por sua vez impacta nas intervenções médicas e no tratamento, culminando em interrupção do tratamento e diminuição considerável na eficácia do TDO (Rocha et al., 2020; FREIRE *et al.*, 2022). Um estudo realizado na unidade federativa de São Paulo, apontou para a fragilidade quanto à cobertura do TDO nessa região. Logo, essa cobertura não está diretamente relacionada com o porte do município, evidenciando heterogeneidade de cobertura devido às características do município e do Estado. Porém, apesar dos desafios na cobertura, este mesmo estudo concluiu que houve ascensão da cobertura do TDO no Estado a partir de 1998 (MEIRELLES; PALHA, 2017).

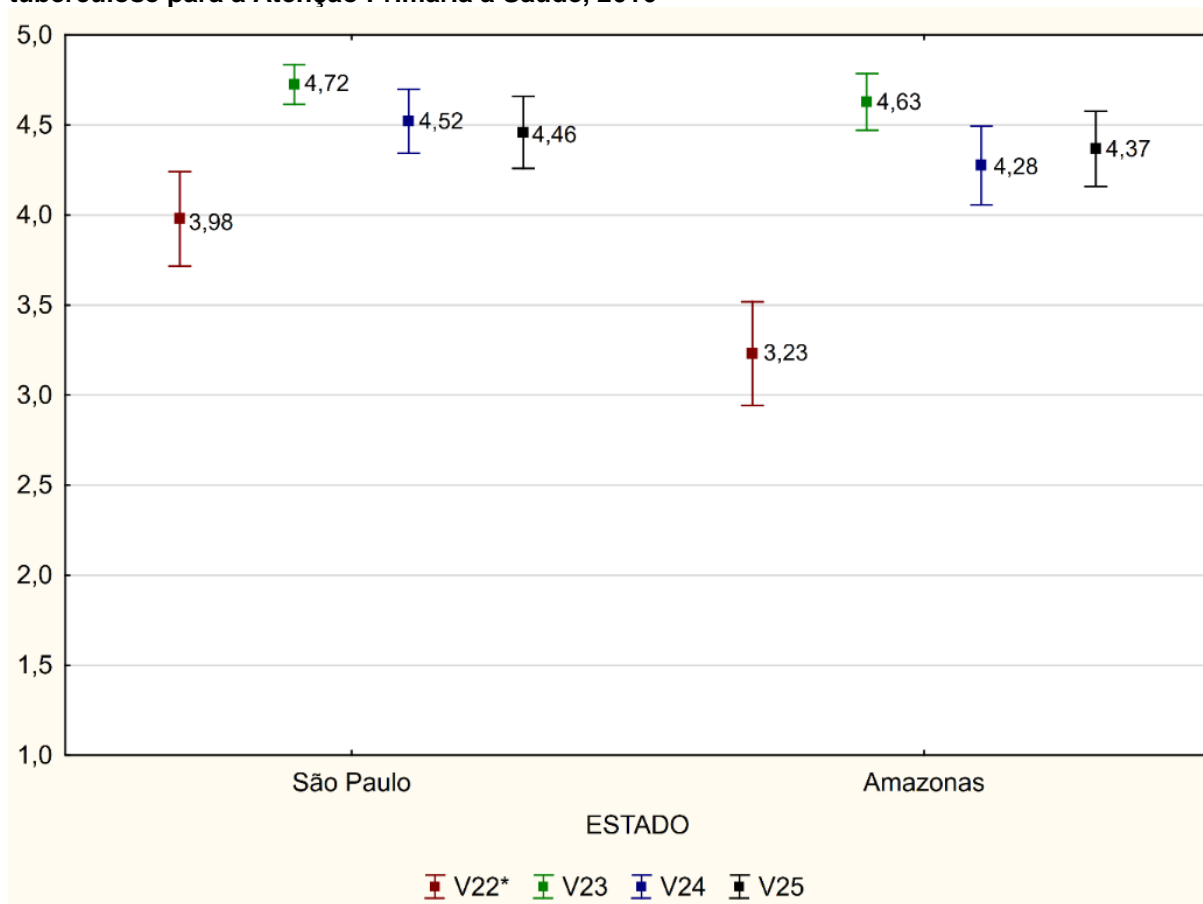
Referente ao uso de diretrizes e protocolos para o manejo do tratamento, estes auxiliam no alinhamento dos processos de trabalho por parte da equipe impactando positivamente na implementação de ações de vigilância e na qualidade e acompanhamento dos indicadores de saúde (CORDEIRO; GONÇALVES, 2022). É possível ainda observar, como demonstrado neste e em outros estudos, o impacto positivo frente a carências relacionadas a recursos humanos, haja vista a utilização efetiva de protocolos no tratamento do adoecido com TB (GLÓRIA *et. al.* 2021; CORDEIRO; GONÇALVES, 2022).

No quesito da V21, relacionado a motivação da inovação do TDO, ficou evidente nos resultados que ambos os estados não priorizam esse aspecto, é importante frisar a necessidade de constante atualização frente às novas ferramentas disponíveis, vale ressaltar que há possibilidade do surgimento de adversidades, como o caso de uma emergência sanitária, sem a inovação os serviços de saúde podem ficar mais fragilizados e com menos tendência a elaborar um plano de cuidado conforme a individualidade e realidade econômica e social do adoecido que realiza o TDO, isso pode impactar nos dados epidemiológicos e operacionais do cenário do estudo. É de grande evidência científica que as inovações das ações em saúde corroboram esforços para reduzir os desfechos desfavoráveis no tratamento do adoecido com tuberculose (SAITA, 2020).

5.5 Domínio: Percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde

Na análise do sexto domínio da transferência de políticas (figura 6), verificou-se que o estado de São Paulo apresentou desempenho satisfatório em relação ao indicador “Percepção sobre o TDO como uma rotina simples”, enquanto Manaus apresentou desempenho regular. Os dois estados apresentaram desempenho satisfatório em relação à “Percepção sobre a importância do TDO”, “Percepção sobre a importância do TDO na qualificação da assistência à pessoa com TB” e “Percepção da contribuição do TDO para a promoção da saúde”, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 6. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de percepção sobre o Tratamento Diretamente Observado e sua contribuição na assistência e promoção da saúde da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



Legenda: V22 - Percepção sobre o TDO como uma rotina simples; V23 - Percepção sobre a importância do TDO; V24 - Percepção sobre a importância do TDO na qualificação da assistência à pessoa com TB; V25 - Percepção da contribuição do TDO para a promoção da saúde.

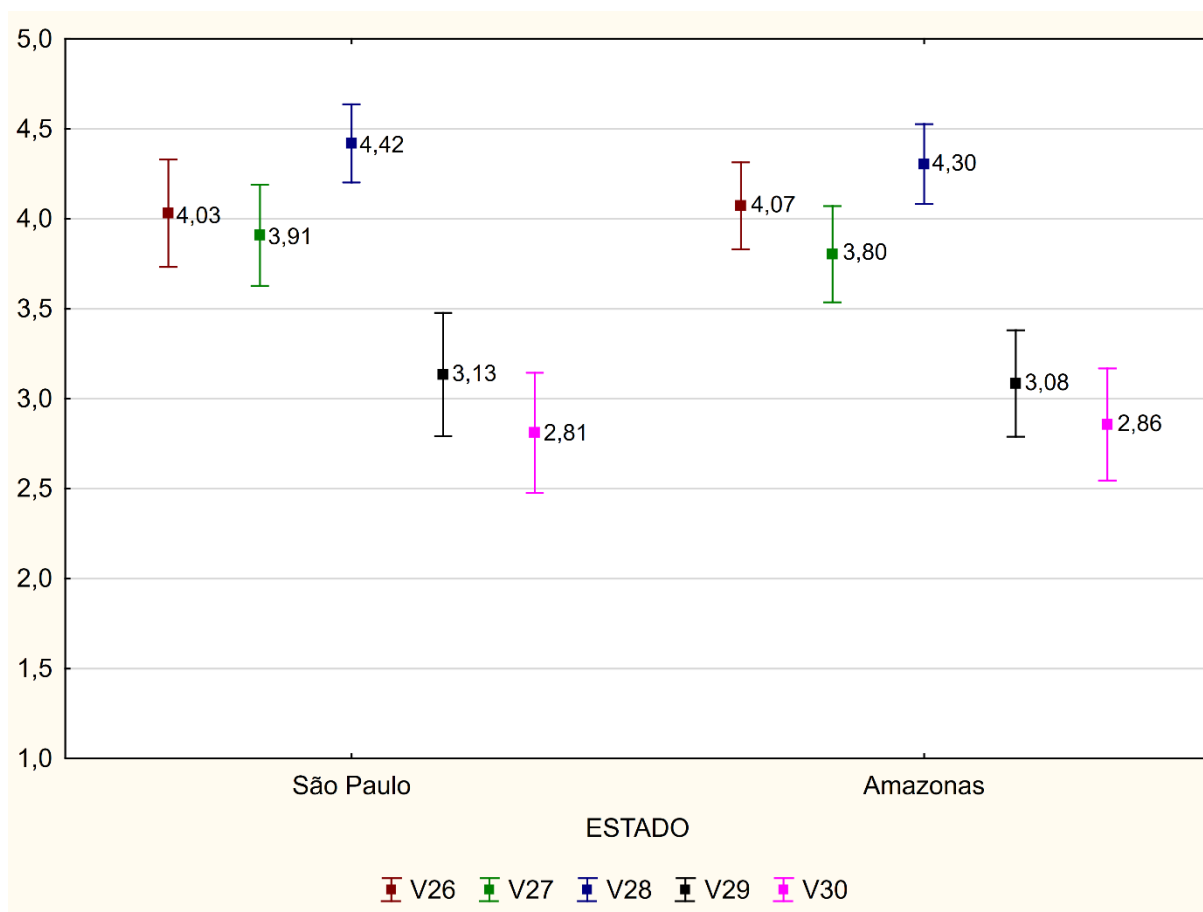
Das variáveis apresentadas na Figura 6 foi evidenciado que os profissionais, em especial os do estado do Amazonas, possuíam uma percepção regular sobre o TDO como uma rotina simples, já São Paulo está bem próximo do que é definido como satisfatório. E na Figura 2, 3, 4 e 5 apresentaram fragilidades no cenário estudado em aspectos relacionados aos recursos humanos, com ofertas razoáveis de capacitação profissional para as equipes de saúde, inclusive dos recém contratados, limitações na infraestrutura, busca razoável de estratégias para a promoção da adesão do tratamento da TB e motivação para inovação das práticas do TDO, como foram mencionados anteriormente, esses elementos são de responsabilidade dos tomadores de decisão e podem ter refletido na rotina dos profissionais de saúde, tornando menos simples.

De forma similar, Shuhama et al. (2017) trazem em seu estudo que alguns profissionais não consideram o TDO uma rotina simples nos serviços de saúde, mais especificamente na UBS. Os mesmos autores ainda trazem que é preciso compreender que a introdução de novas políticas no trabalho (ou até mesmo a adaptação das existentes) requer adequação de papéis e mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, o que pode ser considerada uma tarefa árdua.

5.6 Domínio: Prática do TDO

Na análise do sétimo domínio da transferência de políticas (figura 7), verificou-se que os estados estudados apresentaram desempenho semelhante em relação a todos os indicadores do domínio prático do TDO. Os dois estados apresentaram desempenho satisfatório em relação à “O TDO é trabalhado de forma multiprofissional” e “Adaptação do TDO à área de abrangência da unidade” e regular em relação à “Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO”, “Participação da pessoa com TB no plano de cuidado” e “Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO”, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 7. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de prática do Tratamento Diretamente Observado da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



Legenda: V26 - O TDO é trabalhado de forma multiprofissional; V27 - Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO; V28 - Adaptação do TDO à área de abrangência da unidade; V29 - Participação da pessoa com TB no plano de cuidado; V30 - Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO.

O TDO é considerado uma potente estratégia de adesão ao tratamento de TB, visto que, se for realizado de forma correta o percentual de cura pode chegar a 90% de acordo com o antigo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), acima da recomendação mínima. Nesse íterim, nota-se que o planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO por parte da equipe de saúde é fundamental para a assunção das responsabilidades dos profissionais no reconhecimento do território e contextos de vida do usuário do serviço de saúde adoecido por TB. Entende-se que a partir do planejamento é possível criar vínculos com o usuário e famílias e assim ter condições de verificar, avaliar e acompanhar os desafios psicossociais, econômicos entre outros problemas (DAMBRÓS *et al.*, 2023).

Ao observarmos a Figura 7, a variável “Planejamento do cuidado da pessoa com TB no TDO” está com desempenho regular tanto no estado de São Paulo quanto no Amazonas e, como apontado por Dolowitz e Marsh (2002), nos aspectos relacionados à Transferência de Políticas os tomadores de decisão devem buscar a compreensão dos motivos pelos quais as políticas e programas existentes estão ou não sendo devidamente aplicados e, se necessário, realizar adaptações para atender as necessidades da população, em especial a mais vulnerável.

Outro quesito a ser observado na Figura 7 é a variável “Participação da pessoa com TB no plano de cuidado”, pois é de suma importância o plano de cuidado individual para a pessoa com TB no TDO, se o Planejamento do cuidado, que é de responsabilidade dos diferentes níveis de gestão governamental não ocorrer de forma satisfatória, pode influenciar no vínculo entre a equipe de saúde e o adoecido, contribuindo com o aumento dos possíveis estigmas e com isso, pode diminuir a participação da pessoa com TB no plano de cuidado e o estado de SP e Amazonas apresentaram valores similares no V29, considerados em nível regular e os número estão bem abaixo da V27.

Outra variável a ser destacada na Figura 7 foi a “Autonomia da pessoa com TB em realizar o TDO”, apesar de apresentarem resultados razoáveis é a variável com maior fragilidade nessa figura entre os dois estados que fazem parte do cenário deste estudo, para que ocorra essa autonomia a participação e inclusão da população nos cuidados em saúde é partir de ações dos serviços de saúde na utilização de recursos comunitários para promover melhor cuidado da população de forma centrada nos seus usuários (SICSÚ et al., 2019).

Nesse sentido, os estudos corroboram positivamente, ao passo que é impreterível considerar o protagonismo e singularidade do usuário do serviço de saúde, entretanto estudos apontam fragilidades e necessidades de superação dos moldes em que esse tratamento tem sido realizado, ou seja, o usuário em tratamento necessita desenvolver a autonomia, ser participativo e organizar sua rotina diária de maneira que favoreça a continuidade ao TDO e de preferência com o apoio familiar (ZAGO et al., 2023). Em alguns cenários o profissional ACS fica incumbido de acompanhar o tratamento de TB, entretanto, vale frisar que a equipe multiprofissional dentro de suas competências de acordo com a categoria profissional pode contribuir com o cuidado de forma mais ampliada e também somar ao tratamento e possibilitar maior adesão (DAMBRÓS et al., 2023).

No tocante a equipe multiprofissional, as discussões sobre os casos clínicos de pessoas com TB em TDO são primordiais. Nesse sentido, Pinto (2022), informa que no contexto da atenção primária à saúde existem diversos desafios a serem superados, tais como: a articulação dos níveis de assistência e déficit na informação (Rabelo et al., 2021).

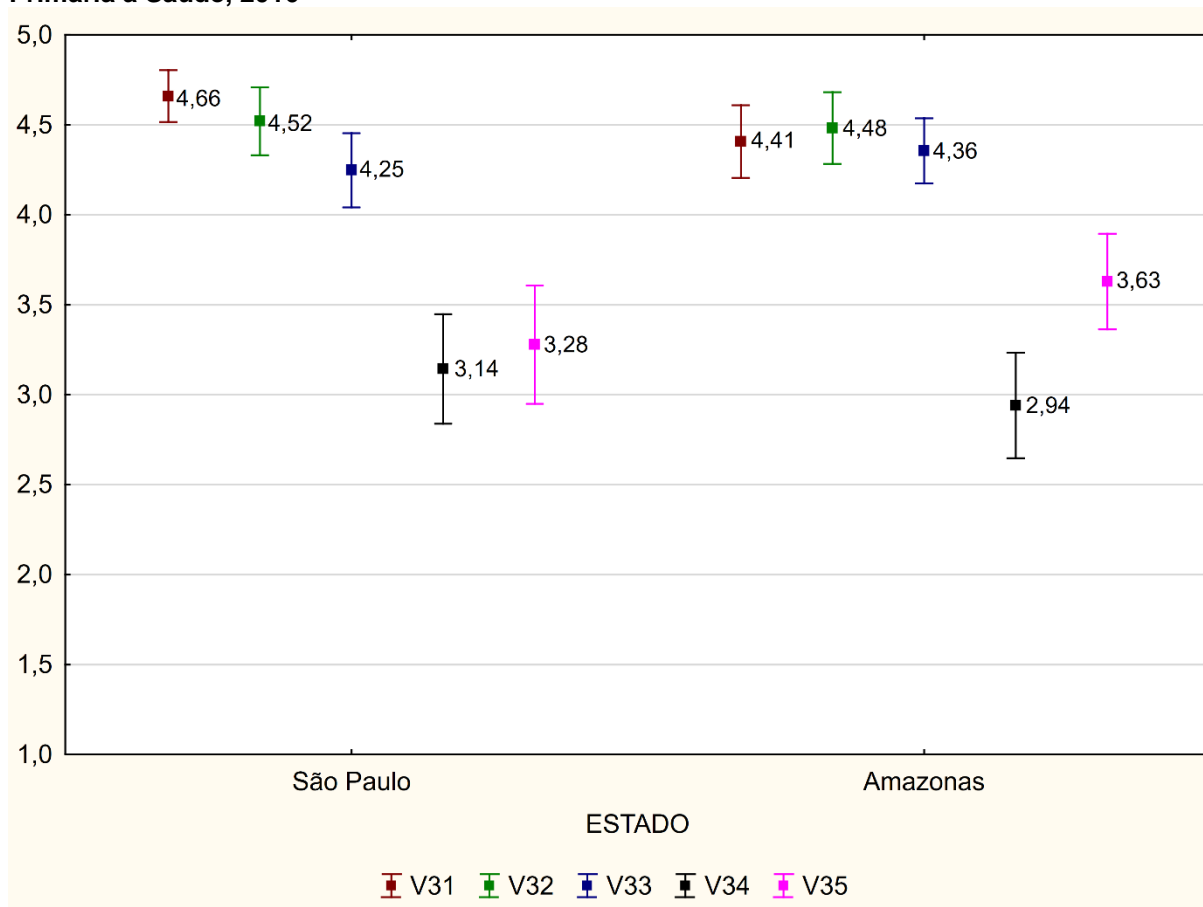
Outro fato importante a ser mencionado em relação às questões sobre o estigma é que embora seja uma doença milenar, continua sendo carregada de imaginários populares que influenciam negativamente na adesão ao tratamento e cura da TB (Rodrigues et al., 2017; Fernandes *et al.*, 2020; Freire *et al.*, 2020).

Logo, a equipe multiprofissional assume papel fundamental nesse processo de atenção à pessoa com TB, entendendo que desde o acolhimento até a finalização do tratamento as abordagens terapêuticas precisam estar em sintonia com as diversidades dos cenários e a particularidade de cada caso (PINTO *et al.*, 2022).

5.7 Domínio: Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO

Na análise do oitavo domínio da transferência de políticas (figura 8), verificou-se que os estados de São Paulo e Amazonas apresentaram desempenho semelhante em relação a todos os indicadores. Os dois estados apresentaram desempenho satisfatório em relação à “Necessidade de incorporação de outras instituições”, “Necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO” e “Impacto positivo das ações de sensibilização no TDO” e regular em relação à “Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO” e “Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO”, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 8. Box plot das médias e intervalos de confiança do desempenho dos estados do Amazonas e Manaus em relação aos indicadores de percepção sobre estratégias para melhorar o Tratamento Diretamente Observado da transferência políticas da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, 2016



Legenda: V31 - Necessidade de incorporação de outras instituições; V32 - Necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO; V33 - Impacto positivo das ações de sensibilização no TDO; V34- Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO; V35- Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO.

O TDO está na fase de manutenção e expansão conforme o modelo de análise apresentado na Figura 1 de Bissell, Lee e Freeman (2011), inclusive é uma política já implementada e com possibilidade de ser expandida, os tomadores de decisão não precisam adotar a política como um todo, mas adaptar conforme a realidade local. Na Figura 8 é possível observar que ambos os estados têm criação de estratégias razoáveis relacionadas ao TDO, isso pode impactar nos dados operacionais dos municípios estudados, principalmente em um período de maior fragilidade dos serviços de saúde, como por exemplo, se ocorrer uma emergência sanitária.

Conforme o antigo PNCT, a recomendação do Ministério da Saúde é que o TDO ocorra de forma descentralizada para que cada região, conforme a sua necessidade, realize as devidas adaptações. A comunicação intersetorial dos

diferentes níveis de gestão governamental influência nos investimentos financeiros e políticos, limitando ainda mais na busca de ações e estratégias a fim de alcançar a adesão do tratamento da TB, as variáveis “Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO” e “Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO” estão relacionadas uma com a outra e estão com menores escores, Figura 8, em ambos os Estados.

Entende-se que nesse processo de cuidado da pessoa com TB em TDO, torna-se singular o plano de cuidado individual, assim com a adesão a novas estratégias de cuidado dialogadas com a equipe de saúde e multiprofissional ao passo de incorporar novos equipamentos de saúde, instituições e tecnologias em saúde (DAMBRÓS et al, 2023; ZAGO et al, 2021; 2023).

Uma ferramenta promissora e amplamente difundida é o projeto terapêutico singular (PTS), que dada a sua aplicação nas frentes clínicas e educativas, pode contribuir ou até mesmo garantir a atenção qualificada aos usuários dos serviços de saúde em tratamento de TB (SICSÚ, 2017; VIDAL; COELHO, 2022; BRANDÃO, 2023; DEPOLE et al., 2022).

No guia "Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde" são apresentadas ações entendidas como necessárias para o cuidado da pessoa com tuberculose. Em se tratando especificamente do item "tratamento", é explicitado que é necessária a utilização de ferramentas para a prestação do cuidado integral, PTS, clínica ampliada, assim como articulação com outros setores e serviços (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, a sensibilização dos profissionais e usuários dos pontos de atenção à saúde em tratamento é fundamental (BELMONT et al., 2018). As ações intersetoriais também somam ao alcance de resultados positivos nesse contexto, visto que potencializa as ações de saúde (SILVA, 2017; BELMONT et al., 2018).

6 CONCLUSÕES

Este estudo analisou a TP do TDO em municípios dos estados brasileiros, Amazonas e São Paulo a partir dos domínios estabelecidos pelo estudo de Sicsú (2017). Apresenta como limites o fato de utilizar banco de dados secundários de estudos previamente realizados por investigadores do grupo de pesquisa, cujas variáveis já estavam estabelecidas e validadas pelo instrumento de pesquisa desenvolvido por Silva (2015). No entanto, considera-se o valor agregado ao responder à questão formulada pelo presente estudo e definir como campo empírico dois Estados brasileiros.

Referente as ações esperadas pela gestão em variáveis que são importantes para a TP do TDO, identificou-se a falta de regularidade na oferta de capacitações e treinamentos para atualização das equipes e profissionais da saúde recém-contratados, obtendo desempenho regular. Também foi avaliado como irregular a integração/iteração da gestão com as equipes. Assim, é possível perceber que essas dificuldades e fragilidades no que concerne a educação permanente e de relações entre os níveis de atenção no âmbito local, podem interferir na sensibilização das equipes e dos novos profissionais para garantir a efetividade da política de controle da TB e na manutenção e expansão do TDO nos territórios. Os achados permitem recomendar que mesmo em diferentes regiões e com características singulares, os aspectos relacionados a TP do TDO devem ocupar centralidade nos processos educacionais e de relações interprofissionais, e necessitam ser incorporados no planejamento local em saúde.

Referente as ações da equipe de saúde relacionadas a TP do TDO, identificou-se que as fragilidades correspondem as variáveis que dizem respeito as relações com os adoecidos por TB e a organização das equipes, cujas potencialidades se somam a necessidade de manter articulações interna e externamente as equipes, para potencializar a adesão ao TDO. Nesse sentido, identificou-se fragilidades na articulação dos profissionais para o fortalecimento das equipes com os equipamentos sociais presentes nos territórios. Sabe-se que as políticas intersetoriais têm favorecido a adesão ao tratamento da tuberculose e em especial nos territórios que apresentam potencial para as diferentes vulnerabilidades. Há que considerar também que as equipes precisam de apoio institucional para angariar recursos internos, que possibilitem discutir e conhecer novas ideias sobre o processo de adesão ao tratamento, e em especial, essas possibilidades advém da implementação dos processos de educação permanente em saúde. Importa também elaborar estratégias

que facilitem o acesso dos usuários aos serviços e as equipes de saúde, sobretudo para aqueles usuários que são mais sensíveis ao abandono do tratamento, aos adoecidos que possuem trabalhos formais e informais e que necessitam ter acesso aos serviços de saúde em horários diferenciados, e aqueles que se encontram em diferentes condições de vulnerabilização.

Referente aos recursos para o desenvolvimento do TDO, é um dos elementos fundamentais para o planejamento e execução das ações e acolhimento das demandas dos usuários e adoecidos por TB. Assim, dispor de materiais educativos, facilita os processos de aproximação com os usuários, melhora a compreensão das informações para o desenvolvimento das atividades educativas com os usuários e entre os membros das equipes de saúde. Dessa forma, ter recursos educativos disponíveis nas unidades de saúde e dispor de profissionais, somam sobremaneira para o alcance de resultados significativos no tratamento da doença e na adesão ao TDO.

Referente a prática do TDO, os Estados apresentaram desempenho regular em relação ao planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO, participação da pessoa com TB no plano de cuidado e autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO. É necessário ter ciência de que quando o planejamento é visto como algo pouco valorizado, em especial no caso do controle da TB, ele pode influenciar negativamente no conjunto de relações entre a equipe de saúde e adoecidos, e seguramente contribuirá para diminuir a efetividade do controle da TB. Nesse sentido, a falta de planejamento pode acarretar processos que não levam em conta a participação da pessoa com TB no plano de cuidado, contribuindo também para a diminuição da autonomia do adoecido para realizar o TDO. Esses aspectos diminuem potencialmente um dos elementos centrais das políticas públicas, que é a centralidade da atenção no usuário. Nesse sentido, é sumariamente importante levar em conta o protagonismo e singularidade do usuário do serviço de saúde, desenvolver a autonomia, a corresponsabilidade e levar em conta a rotina diária dos adoecidos por TB, de maneira que favoreça a continuidade do TDO.

Referente a percepção sobre estratégias para melhorar o TDO os estados de apresentaram desempenho regular em relação à criação de novas estratégias relacionadas ao TDO e desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO. Nesse sentido, há que atentar que a TP sinaliza a necessidade de singularizar e inovar a atenção aos contextos locais, especialmente quando se trata de sistemas locais

descentralizados e com relativa autonomia para inovar as políticas de saúde. Recomenda-se a adoção de ações inovadoras e a melhoria da intersetorialidade intra e extra sistemas de saúde, como medida para garantir maior efetividade do controle da TB e da TP do TDO.

O estudo evidenciou que embora os municípios apresentem singularidades diferenciadas em relação ao pertencimento regional, indicadores socioeconômicos, de acesso geográfico, culturais, sociais e de outros indicadores que avaliam o índice de desenvolvimento humano municipal, os municípios apresentaram desempenho similares do ponto de vista da TP do TDO. Essa avaliação permite concluir de que a TP do TDO precisa ser considerada prioritária e revisitada pelos gestores locais na sua aplicabilidade junto aos sistemas locais, de modo que ela possa ser considerada como centralidade para as discussões e implementação das políticas de atenção aos usuários adoecidos por TB.

7 REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F. *et al.* Práticas de cuidado prestadas por enfermeiras da estratégia saúde da família ao usuário com tuberculose. **Cogit. Enfermagem**, v. 28, s.n., e87678, 2023.

ALVARENGA, J.P.O.; SOUSA, M.F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba–Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde Debate**, v. 46, n.135, p. 1077-1092, 2023.

ALVES, K.K.A.F. *et al.* Fatores associados à cura e ao abandono do tratamento da tuberculose na população privada de liberdade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, s.n., e200079, 2020.

AMARAL, I.B.S.T.; SILVA, A.L.A. A consulta do enfermeiro na estratégia saúde da família: um recorte do Rio de Janeiro. **Rev. Pesqu.**, v. 13, p. 227-233, 2021.

ARNADOTTIR, T. The Styblo model 20 years later: what holds true? **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 13, n. 6, p. 672-690, 2009.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

AZEVEDO, S.L.; FERREIRA, V.M.M.; SILVA, A.R. Experiências em Enfermagem na Contemporaneidade. Ponta Grossa: Atena, 2022

BARROS, R.C. *et al.* Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 3, p. 157-171, 2021.

BELMONT, L.M.B. *et al.* **Estratégias para melhorar o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose.** In: 13º Congresso Internacional da Rede Unida. Universidade Federal do Amazonas. 2018. Disponível em:

<<http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BERNARDO, S.P. *et al.* Fatores relacionados à desistência do tratamento na infecção por tuberculose. **Revista Cuidado em Enfermagem-CESUCA**, v. 6, n. 7, p. 120-137, 2020.

BEZERRA, T.M.; MATOS, C.C. Tuberculose: principais fatores associados ao abandono do tratamento. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2699-2715, 2023.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 15, n. 9, p. 1140-1148, 2011.

BORGES, D.F.; FERNANDES, K.C. A descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 4, p. 565-585, 2002.

BRANDÃO, F.S. **Gerenciamento do sistema de informação de agravos de notificação-Avaliação da completitude dos registros para a tomada de decisão no controle da tuberculose**. 2022. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da

Família. Brasília **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Ministério da Saúde.** Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da atenção básica – relatório histórico de cobertura.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCobertura.a.html>. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001:** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**, número especial, mar. 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 43 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03/view. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**, número especial, mar. 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 49 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-epidemiologica/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BROUSSELLE A. *et al.* **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora

Fiocruz, 2011.

BUSATTO, C. *et al.* Completude dos dados do sistema de informações de tuberculose de pessoas privadas de liberdade do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4461–4466, 2022.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, suppl. 1, p. S63-S69, 2005.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. (orgs.) **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

CORIOLANO, M.W.L. *et al.* Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

CORREIA, L.C.S.B *et al.* Attention to the health of tuberculosis patients: performance of the Community Health Agent: integrative review. **RSDv.** 11, n. 1, e4111124394, 2022.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002.

COSTA, P.V.; MACHADO, M.T.C.; DUTRA DE OLIVEIRA, L.G. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, s.n., p. 108-115, 2019.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DA SILVA, T.C.F. *et al.* Rastreamento da depressão nas práticas de cuidados primários à saúde de indivíduos adoecidos de tuberculose. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, P. 675-681, 2021.

DAMBRÓS, A.B. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre o tratamento diretamente observado. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 604-613, 2023.

DAMBRÓS, A.B. *et al.* **Transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica de Santa Maria/RS e Uruguaiana/RS.** (Dissertação) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande de Sul, 2023.

DE MELO, L.S.O. *et al.* Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p.136-141, 2020.

DEPOLE, B.F. *et al.* Projeto terapêutico singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 38, p. 1-25, 2022.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5-23, 2002.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. **Political Studies**, v. 44, n. 2, p. 343-357, 1996.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Health Administration Press, 1980.

DOS SANTOS BORGES, Mariana. **A Educação Continuada como estratégia de avanço no combate à Tuberculose na APS.** (Pós-Graduação). Especialização em Enfermagem de Família e Comunidade. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2023

ENGEL, R.H. **Educação permanente em saúde na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose: uma abordagem de métodos mistos**. 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

EVANS, M. **New directions in the study of policy transfer**. London: Routledge, 2010.

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, v. 77, n. 2, p. 361-385, 2002.

FARIAS, A.S. *et al.* Tratamento Diretamente Observado para tuberculose na Atenção Primária à Saúde. In: KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; FONSECA, R.M.G.S. (Org.). **PROENF: Atenção Primária e Saúde da Família**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015.

FERNANDES, T.S. *et al.* Estigma e preconceito na atualidade: vivência dos portadores de tuberculose em consultórios de terapia ocupacional. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e300103, 2020.

FERREIRA, M.R.L. *et al.* Coordenação e elenco de serviços para o manejo da tuberculose: ótica dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, e320111, 2022.

FERREIRA, V.H.S. *et al.* A efetividade do tratamento diretamente observado na adesão ao tratamento da tuberculose. **Teste**, v. 3, n. 1, p. 666-679, 2018.

FIGUEIREDO, E.B.L. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, s.n., p. 1164-1173, 2023.

FIGUEREDO, R.C.; GONZALES, R.I.C.; SIGNOR, E. Perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e sua relação com o trabalho em um município do interior do Tocantins-Brasil. **Revista Cereus**, v. 14, n. 1, p. 259-273, 2022.

FREEMAN, R. **Policy transfer in health sector**. European Forum Conference Paper. Florence: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute, 1999.

FREIRE, A.P.V.S. *et al.* Percepção da enfermagem sobre adesão e abandono do tratamento da tuberculose. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. 37, p. 1-18. 2020.

FREIRE, A.C.C. *et al.* Desafios no tratamento e controle da Tuberculose em Manaus-AM. **RSD**, v. 11, n. 15, e306111537144-e306111537144, 2022.

GARCIA, A.C.P. *et al.* Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 118, 2018.

GEREMIA, D.S.. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-3, 2020.

GLÓRIA, L.L. *et al.* A simple protocol for tuberculin skin test reading certification. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00027321, 2021.

GON, M.C.C. *et al.* **Cartilhas para Crianças com Dermatite Atópica e seus Pais e/ou Cuidadores**. In: HAYDU, V.B.; SOUZA, S.R. (Org.). *Psicologia Comportamental Aplicada: avaliação e intervenção nas áreas da saúde, da clínica, da educação e do esporte*. 1 ed. Londrina: EDUEL, 2012.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1989. 294p.

HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e

assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258–265, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 mar. 2023.

JESUS, J.M.; RODRIGUES, W.. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, s.n., e001312201, 2022.

JÚNIOR, G.M.S. *et al.* Tuberculose: adesão ao tratamento e os fatores que desencadeiam o abandono. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 284-292, 2016.

KANNO, N.P. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, e00213322, 2023.

KOSTER, I. **O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. (Tese) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

LEITÃO, G.D. *et al.* Desafios do enfermeiro no tratamento aos pacientes com tuberculose pulmonar nos espaços de assistência à saúde. **Arqu. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4816-4832, 2023.

LIMA, H.S.B. *et al.* Acesso de pessoas com tuberculose pulmonar aos programas governamentais: percepções dos profissionais da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, s.n., e20220716, 2023.

LIMA, M.B. *et al.* Educational material on intermittent urethral catheterization in children: a scoping review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, s.n., e20220037, 2022.

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.D.A.; MACHADO, C.V. **A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios**. In: SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T.; SPINELLI, M.A.; org. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014.

LIMA, L.K.E. *et al.* Assistência das equipes de saúde aos casos de tuberculose no sistema prisional pós-COVID-19 em uma cidade do Estado da Paraíba. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 10, e14020-e14020, 2023.

LÖNNROTH, K.; RAVIGLIONE, M. The WHO's new End TB Strategy in the post-2015 era of the Sustainable Development Goals. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 110, n. 3, p. 148-150, 2016.

MACHADO, G.A.B. *et al.* Avaliação de atributos da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paul Enferm**, v. 34, s.n., eAPE00973, 2021.

MADAMA, L.F.. **Tuberculose–Doença antiga/Novos desafios: O tratamento diretamente observado na resposta à problemática da Tuberculose**. (Dissertação). Agência para a Sociedade do Conhecimento (UMIC) - FCT - Sociedade da Informação, 2022.

MARK, M.M. From program theory to tests of program theory. **New Directions for Program Evaluation**, v. 1990, n. 47, p. 27-51, 1990.

MATUDA CG *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc Saúde Colet**, v. 20, p. 2511-2521, 2015.

MEIRELLES, R.J.A; PALHA, P.F.. Tratamento diretamente observado da tuberculose no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1167-1172, 2019.

MENDONÇA, I.S. **Integração ensino-serviço e o controle da tuberculose na atenção primária à saúde**. (Dissertação). Pós-Graduação em Saúde Pública da

Universidade Federal do Ceará. 2023.

MOREIRA, A.S.R.; KRITSKI, A.L.; CARVALHO, A.C.C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 5, e20200015, 2020.

MULVALE, G.; EMBRETT, M., RAZAVI, S.D. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. **BMC Fam Pract**, v. 17, s.n., p. 83, 2016.

OLIVEIRA, A.E.F.; REIS, R.S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2016.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PINTO, F.G. *et al.* Adesão ao tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde: fatores favoráveis e desfavoráveis para esse processo. **RSD**, v. 11, n. 4, e3011426962-e3011426962, 2022.

QUADROS, J.D. **Tuberculose na atenção primária à saúde: educação permanente em saúde com as Coordenações Regionais de Atenção Básica do Rio Grande do Sul**. (Mestrado Profissional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.

RABELO, J.V.C. *et al.* Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00112020, 2021.

REIS, R.P. *et al.* Importância da educação continuada entre profissionais de saúde da rede de atenção à saúde para uma qualificação no atendimento dos quadros de intoxicação entre populações expostas aos agrotóxicos. **Fruticultura irrigada: vulnerabilidades e perspectiva de produção sustentável**, v. 1, n. 1, p. 131-140, 2023.

RIBEIRO, A.F.O, *et al.* Busca de sintomáticos respiratórios pelos agentes comunitários de saúde na atenção básica: um estudo bibliométrico. **RSD**, v. 11, n. 5, e2311527909-e2311527909, 2022.

RODRIGUES, D.C.S. *et al.* O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento. **Ciência e Enfermagem**, v. 23, n. 1. p. 67-76, 2017.

ROGERS, E.M. **Diffusion of innovations**. 4. ed. New York: Free Press, 1995.

RUFFINO-NETO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001. =

SAITA, N.M. *et al.* Factors associated with unfavorable outcome of tuberculosis treatment in people deprived of liberty: a systematic review. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, v. 55, e20200583, 2020.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, suppl 1, p. 89-94, 2007

SHUHAMA, B.V. *et al.* Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03275, 2017.

SICSÚ, A.N. **Transferência da política do tratamento diretamente observado na atenção primária à saúde em municípios prioritários para tuberculose no Amazonas**: um estudo de métodos mistos. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. DOI 10.11606/T.22.2017.tde-17082017-131641. Acesso em: 04 abr. 2023.

SICSÚ, A.N. *et al.* Nursing practices centered on individuals with tuberculosis: an

interface with democracy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1219-1225, 2019.

SILVA-JÚNIOR, J.N.B. *et al.* Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. **Rev Bras Enferm.** v. 75, n. 3, e20210316, 2022.

SILVA, A.T.M.F. **Qualificação do enfermeiro e ampliação do acesso à Atenção Básica no município de campos dos Goytacazes-RJ.** (Doutorado em Sociologia Política). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

SILVA, A.F. *et al.* **Uma abordagem sobre a gestão do cuidado farmacêutico no programa nacional de controle da tuberculose em uma policlínica da cidade do Recife.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade Pernambucana de Saúde.2023.

SILVA, E.A. *et al.* O cuidado em saúde de pessoas com coinfeção tuberculose/HIV na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, e20220733, 2023.

SILVA, D.S.M. *et al.* Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. **RBEM**, v. 46, n. 2, e058, 2022.

SILVA, K.N. *et al.* Desenvolvimento e validação de um folder educativo para coleta de escarro da tuberculose pulmonar. **REBEM**, v. 76, n. 1, e20220194, 2023.

SILVA, L.M.V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SILVA, R.R.; GASPARINI, M.F.V.; BARBOZA, M. **Avaliações sob medida: produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais.** In: Tanaka, O.Y. *et al.* (org). Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11-27.

SOARES, A.S. *et al.* Tecnologia educacional sobre tuberculose: construção compartilhada com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **REBEM**, v. 76, e20230025, 2023.

SODER, R.M. *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde: elementos para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. **Conjecturas**, v. 22, n. 17, p. 503-515, 2022.

SOEIRO, V.M.S.; CALDAS, A.J.M.; FERREIRA, T.F. Abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, 2012-2018: tendência e distribuição espaço-temporal. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 27, p. 825-836, 2022.

SOUSA, L.O. **Transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista.** (Tese). Universidade de São Paulo, 2017.

SOUZA, M.K.B.; MELO, C.M.M. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. **Revista de Enfermagem da UERP**, v. 16, n. 1, p. 20-25, 2008.

SOUZA, M.M. **O conhecimento do usuário sobre a transmissão de tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19: relato de experiência em uma clínica da família.** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva)–Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

STOP TB INITIATIVE; STOP TB PARTNERSHIP, 2001. **The global plan to stop tuberculosis:** Stop TB Partnership. Geneva: World Health Organization; 2001. 189p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67355>. Acesso em: 03 abr. 2023.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. **Avaliação em saúde:** contribuições

para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TÁVORA, M.M. *et al.* Percepções de enfermeiros e doentes sobre a adesão ao tratamento diretamente observado em tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

TERRA, A.A.A. *et al.* Magnitude entre a acessibilidade, espaço de tempo e o diagnóstico da tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE02692, 2022.

TOSO, B.R.G.O. *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, 2021.

TUZE, A.H. *et al.* A psicologia e o trabalho multiprofissional na atenção primária à saúde: vivências em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. **Boletim de Conjuntura**, v. 13, n. 37, p. 12-26, 2023.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIDAL, A.Z.; COELHO, K.S.C. Projeto Terapêutico Singular aplicado à População em Situação de Rua com Tuberculose: Relato de Experiência a partir da Prática da Equipe de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2022.

VIEIRA, J.M.R.; GARNELO, L.; HORTALE, V.A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 852-865, 2010.

VIEIRA, V. *et al.* Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 795-803, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2022**. Geneva: World Health Organization; 2022. 51p. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

WHO. World Health Organization. **The End TB Strategy**. Geneva: World Health Organization; 2015. 16p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

WHO. World Health Organization. **What is DOTS?: a guide to understandin the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. Geneva: World Health Organization; 1999. 40p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65979/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf;jsession>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ZAGO, P.T.N. *et al.* Ações de enfermagem promotoras da adesão ao tratamento da tuberculose: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200300, 2021.

ZAGO, P.T.N. *et al.* Adesão ao tratamento da Tuberculose: Estratégias biopolíticas de promoção da saúde na vertente neoliberal. **REME**, v. 27, p. 1-10, 2023.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados ATP-IINFOC-TB para os profissionais de saúde



Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde



Cód. Cenário |__|__|__| No. |__|__|__| Nível Form. |__|__| Data |__|__|__|

1. Iniciais: _____

2. Sexo: 1 Feminino Masculino

3. Data de Nascimento: __/__/____

4. Função: _____

5. Tempo que exerce a atual função: __anos 99-NSI

Questão	1 Discor do	2 Discordo parcialm ente	3 Indifer ente	4 Concord o parcialm ente	5 Conco rdo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT municipal/estadual) tem discutido o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com a equipe da unidade de saúde em que trabalho.							
2 O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.							
3 A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho.							
4 Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho.							
5 A coordenação do PCT (municipal/estadual) utiliza de estratégias para motivar e envolver a equipe da unidade de saúde em que trabalho com relação ao TDO.							
6 Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.							
7 Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).							
8 As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.							
9 Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).							
10 Compreendo as diretrizes do TDO.							
11 Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.							
12 Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.							
11 Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.							
11 A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.							
11 Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.							
11 A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.							
11 Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em							

	TDO.							
18	A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.							
19	Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.							

Questão	1 Discor do	2 Discordo parcialm ente	3 Indifer ente	4 Concord o parcialm ente	5 Conco rdo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
20	Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.						
21	A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos etc.).						
22	A unidade de saúde em que trabalho dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.						
23	O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.						
24	Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.						
25	Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.						
26	O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.						
27	O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou autoadministrado).						
28	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.						
29	A unidade de saúde em que trabalho criou estratégias para trabalhar com o TDO.						
30	A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).						
31	Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.						
32	Na unidade de saúde em que trabalho os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO (grupos de apoio, grupos de autoajuda, líderes de bairro, igreja, associação de moradores).						
33	O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB na unidade de saúde em que trabalho.						
34	Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.						
35	Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).						
36	Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.						
37	Na unidade de saúde em que trabalho, os						

	profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.							
38	Na unidade de saúde em que trabalho as dificuldades (de acesso, econômica, entre outras) dos pacientes em TDO são percebidas pela equipe de saúde.							
39	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.							

APROVAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 169/2015, de 20.10.2015

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 200ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de outubro de 2015.

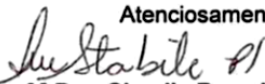
Protocolo CAAE: 45415015.3.0000.5393

Projeto: O tratamento diretamente observado como política de saúde em municípios prioritários para tuberculose no amazonas: caracterização e transferência.

Pesquisadores: Amélia Nunes Sicsú
Pedro Fredemir Palha (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 011/2016, de 05.02.2016

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 205ª Reunião Ordinária, realizada em 03 de fevereiro de 2016.

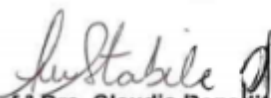
Protocolo CAAE: 51081015.6.0000.5393

Projeto: Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista

Pesquisadores: Luciana de Oliveira Sousa
Pedro Fredemir Palha (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar da pesquisa “O tratamento diretamente observado como política de saúde em municípios prioritários para tuberculose no Amazonas: Caracterização e Transferência”, e de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos deste estudo. Meu nome é Amélia Nunes Sicsú, sou Enfermeira, aluna de doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), orientada pelo professor Pedro Fredemir Palha, coordenador desta pesquisa. A coleta de dados neste município, bem como, nos demais municípios prioritários do estado do Amazonas ficará sob a minha responsabilidade. Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da tuberculose em seis municípios prioritários do Estado do Amazonas (Parintins, Itacoatiara, Manacapuru, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé). Para isso, precisaremos nos encontrar duas vezes, em local e horário que for melhor para o (a) senhor (a) como, por exemplo, uma sala reservada em seu local de trabalho. No primeiro encontro, entregaremos ao (a) senhor (a) um questionário autoaplicável, com duração de 30 minutos em média, contendo 39 itens distribuídos em três partes Informação (9 itens), Conhecimento (10 itens) e Inovação (20 itens). Em cada item o (a) senhor (a) poderá marcar um (x) em uma das 5 opções de resposta: (1) discordo, (2) discordo parcialmente, (3) indiferente, (4) concordo parcialmente, (5) concordo. Além de poder marcar a opção “não se aplica”. No segundo encontro, faremos uma entrevista, com 8 questões, que permitirão que o (a) senhor (a), fale sobre os aspectos relacionados à transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em seu município, não contemplados pelo instrumento. Esta entrevista será audiogravada e deve durar cerca de quarenta minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Todas as informações fornecidas pelo senhor (a), serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se senhor (a) não quiser responder a alguma questão ou contar algo relacionado à pesquisa, não tem problema. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em

revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso.

Os riscos em participar desta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar de situações vivenciadas no seu trabalho, mas terá a liberdade de não responder e parar a entrevista se assim desejar e estaremos a disposição para conversarmos sobre o assunto. E informamos que tem direito a indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador.

Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre à transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como, compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada por mim. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315-3386, das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o (a) senhor (a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São

Paulo (EERP-USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto ao questionário sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado no município em que trabalho. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador
Responsável

Orientador

_____, ____ de _____ de 201_.

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar da pesquisa “Transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista”, e de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos deste estudo.

Meu nome é Luciana de Oliveira Sousa, sou Enfermeira, aluna de mestrado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), orientada pelo professor Pedro Fredemir Palha, coordenador desta pesquisa. A coleta de dados nestes dois municípios prioritários do Estado de São Paulo ficará sob a minha responsabilidade. Esta pesquisa tem o objetivo analisar a transferência do TDO segundo a perspectiva dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde dos municípios de Piracicaba e Indaiatuba (SP). Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o (a) senhor (a) como, por exemplo, uma sala reservada em seu local de trabalho. Em nosso encontro, entregaremos ao (a) senhor (a) um questionário autoaplicável, com duração de 20 minutos em média, contendo 39 itens distribuídos em três partes Informação (9 itens), Conhecimento (10 itens) e Inovação (20 itens). Em cada item o (a) senhor (a) poderá marcar um (x) em uma das 5 opções de resposta: (1) discordo, (2) discordo parcialmente, (3) indiferente, (4) concordo parcialmente, (5) concordo. Além de poder marcar a opção “não se aplica”. Todas as informações fornecidas pelo senhor (a), serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se senhor (a) não quiser responder a alguma questão ou contar algo relacionado à pesquisa, não tem problema. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Os riscos

em participar desta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar de situações vivenciadas no seu trabalho, mas terá a liberdade de não responder e parar a entrevista se assim desejar e estaremos a disposição para conversarmos sobre o assunto. E informamos que tem direito a indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre à transferência da política do tratamento diretamente observado para a tuberculose. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como, compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção a tuberculose.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada por mim. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo. A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP- USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315-9197, das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o (a) senhor (a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP- USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto ao questionário sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado no

município em que trabalho. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador
Responsável

Orientador

_____, ____ de _____ de 201