UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA DE OLIVEIRA SOUSA

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

Ribeirão Preto

2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre 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

2017

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

Sousa, Luciana de Oliveira

Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista. Ribeirão Preto, 2017.

129 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Transferência de Política 3. Tratamento Diretamente Observado.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUSA, Luciana de Oliveira

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

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

Aprovado em / / 2017

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Wilson e Fátima**, as melhores pessoas que eu poderia ter em minha vida. Aqueles que amo de forma incondicional e eternamente!*

*Ao meu noivo **Romeu**, por me dar a oportunidade de desfrutar de um amor tão sincero e generoso além de sempre me apoiar em minhas escolhas.*

*A **Tatiana** minha irmã e melhor amiga, companheira para todas as horas, que além da amizade e afeto, me proporciona também trocas de conhecimentos e experiências profissionais.*

*Ao meu sobrinho **Miguel**, propulsor de um amor tão puro e sincero,
Ao meu cunhado **Matheus**, que me apoia em todos os momentos e está sempre comigo...*

Vocês são os meus bens mais preciosos, meu alicerce, aqueles que eu sempre quero estar por perto. Se cheguei até aqui, foi graças a vocês! É por vocês toda a minha luta e dedicação a trilhar novos caminhos!

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pela vida, sabedoria e todas as realizações,
Aos meus familiares, em especial meus pais Wilson e Fátima, que exercem influência a cada momento de
minha vida, sendo eles os responsáveis por minha formação pessoal e profissional.
Ao meu noivo Romeu, que sempre demonstrou paciência e companheirismo.
À minha irmã Tatiana e ao meu cunhado Matheus, que sempre estiveram à disposição e me deram todo
apoio.
Aos meus sobrinhos e afilhados Miguel e Helena, que me proporcionam tanta alegria.
À minha querida avó Wanda da Cruz de Oliveira (in memorian) que foi a melhor pessoa que eu pude
conhecer. Seus ensinamentos fizeram de mim uma pessoa melhor!
Às minhas tias Adriana, Denise, Elaine e Eliana (madrinha), que sempre foram verdadeiras amigas e me
incentivaram.
Aos colegas do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEQualiS) pela amizade, apoio e todo o
conhecimento compartilhado, em especial Catiucia, Amélia, Ana Carolina, Fernando, Jaqueline, Laís,
Mônica, Noriza e Regiane.
Aos professores Dr. Antonio Ruffino-Netto, Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Dra. Ione Carvalho Pinto,
Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta, Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio e Dra. Aline Aparecida Monroe,
pelas contribuições, ensinamentos e partilha de conhecimentos em todos esses anos.
Aos participantes da Banca Examinadora, pelas indispensáveis contribuições que colaboram para o
aperfeiçoamento deste estudo.
À minha amiga Laís Mara C. da Silva que me co-orientou durante a iniciação científica, e despertou-me o
interesse pela pesquisa, sempre com dedicação e paciência.
À minha amiga Amélia Sicsú, que me auxiliou em toda minha trajetória, demonstrando completa
disponibilidade e dedicação.
À todos meus amigos e amigas que estiveram comigo durante essa jornada.
À Ermelinda e Pâmela, coordenadoras municipais do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais e Programa
de Controle da Tuberculose dos dois municípios estudados, pela parceria.
Às equipes de saúde que colaboraram para a viabilização e participação deste estudo.

Em Especial, ao Professor Dr. Pedro Fredemir Palha, que foi o meu mais importante companheiro neste
percurso, muito obrigada por todos os ensinamentos, pela amizade, paciência, confiança e orientação.

RESUMO

SOUSA, L.O. Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista. 2017. 129f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A tuberculose (TB) é considerada como um grave problema de saúde pública, e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia para minimizar o risco de abandono e aumentar as taxas de cura da doença. Os profissionais de saúde são atores importantes na transferência de política (TP) do TDO em todas as fases deste processo, incluindo a fase de manutenção e expansão. Dada a importância destes atores, a presente investigação propõe-se analisar a TP do TDO sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam no controle da TB na Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios prioritários, sendo estes: Indaiatuba e Piracicaba. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de corte transversal, cuja coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2016. Participaram do estudo 98 profissionais de saúde de ensino médio e superior (técnico/auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico). A análise dos dados ocorreu por meio da técnica de estatística descritiva e multivariada, utilizando o software *Statistica* 12, da *Statsoft.Inc* o programa R versão 3.2.3. Os resultados apontaram que dos seis domínios avaliados, três (Inovação, Prática do TDO e Estratégia para melhorar a adesão da pessoa com TB ao TDO) apresentaram diferenças estatísticas e também menores valores na avaliação dos profissionais. Com relação ao tipo de unidade de saúde, notou-se diferença na avaliação da TP do TDO, sendo que os profissionais de saúde inseridos na ESF avaliaram favoravelmente as ações quando comparados com aqueles inscritos nas UBS. Identificou-se por meio da análise exploratória dos domínios com menores valores que as ações avaliadas como desfavoráveis foram: inovação para trabalhar com a pessoa em TDO; participação da sociedade civil nas ações de controle da TB; motivação profissional; autonomia da pessoa em TDO; existência de um plano individual para a pessoa em tratamento de TB; estratégias para promover adesão da pessoa com TB ao TDO; recursos comunitários para apoiar a pessoa em tratamento e desenvolvimento de ações intersetoriais. O município de Piracicaba apresentou resultados desfavoráveis na avaliação da TP do TDO, enquanto o município de Indaiatuba, apresentou resultados favoráveis na maioria das ações de TP do TDO. Conclui-se que os municípios necessitam avançar na TP do TDO de forma a compreender a complexidade do cuidado à pessoa com TB, que por sua vez, ultrapassa o âmbito patológico e abarcam questões de cunho social. Outrossim, urge também a necessidade de melhoria das questões relacionadas à organização do processo de trabalho.

Palavras chave: Tuberculose. Transferência de Política. Tratamento Diretamente Observado.

ABSTRACT

SOUSA, L.O. Policy transfer of tuberculosis Directly Observed Treatment according the perspective of health professionals from priority counties of São Paulo interior. 2017. 129f. Dissertation (masters degree) – Nursing School at Ribeirão Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Tuberculosis (TB) is considered as a serious public health problem, and the Directly Observed Treatment (DOT) is a way to minimize the risks of abandonment and increase the disease cure rates. Health professionals are important actors in the policy transfer (PT) of DOT in all stages of this process, including the phase of maintenance and expansion. Given the importance of these actors, the present investigation proposes to analyze the PT of DOT from the point of view of health professionals which work in TB control in Primary Health Attention (PHA) of two priority counties, being these: Indaiatuba and Piracicaba. It is an exploratory, descriptive and cross section study, carried out in the period from June to August, 2016. Participated in the study 98 health professionals of high school and university graduate (doctor, nursing, technician/auxiliary nursing). The data analysis occurred by means of descriptive and multivariate analysis techniques, using the software Statistica 12, of 33]~]Statsoft.Inc and R Program version 3.2.3. The results pointed to the six domains evaluated, three (Innovation, DOT Practice and Strategy to improve the treatment of the person with TB to DOT). Regarding the kind of health unit, there was a difference in the TP of DOT evaluation, and the health professionals included in the FHS are compatible with the actions when compared to the BHU records. It was identified through the exploratory analysis of the domains with smaller values that the actions evaluated as unfavorable were: innovation to work with one person in all; Civil society participation in TB control actions; Professional motivation; Autonomy of the person in DOT; Existence of an individual plan for a person undergoing TB treatment; Strategies to promote adherence of the person with TB to DOT; Community resources to support a person in treatment and development of intersectoral actions. The county of Piracicaba showed unfavorable results in the evaluation of the PT of the DOT, while Indaiatuba showed favorable results in most of the actions of the TP of the DOT. It is concluded that the counties need to move forward in the TP of DOT, viewing the complexity of care that is provided to people with TB, which, in turn, exceeds the pathological objective and encompasses social issues. There is also a need to improve the issues related to the organization of the work process.

Key words: Tuberculosis. Policy Transfer. Directly Observed Therapy.

RESUMEN

SOUSA, L.O. Transferencia de la política del Tratamiento Directamente Observado de la tuberculosis según la perspectiva de los profesionales de salud de municipios prioritarios del interior paulista. 2017. 130h. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Tuberculosis (TB) es considerada como un importante problema de salud pública, y el Tratamiento Directamente Observado (TDO) es una de las maneras de minimizar los riesgos de abandono y aumentar las tasas de cura de la enfermedad. Los profesionales de salud son actores importantes en la Transferencia de Política (TP) del TDO en todas las fases de ese proceso, incluyendo la fase de manutención y expansión. Debido a la importancia de esos actores, esta investigación se propuso a analizar la TP del TDO bajo la óptica de los profesionales de salud que actúan en el control de la TB en la Atención Primaria a la Salud (APS) de dos municipios prioritarios: Indaiatuba y Piracicaba. Trata-se de un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal, realizado en el periodo de junio hasta agosto de 2016. Tuvieron participación en el estudio 98 profesionales de salud de enseñanza media y superior (médico, enfermero, técnico/auxiliar enfermería). El análisis de los datos ocurrió por técnica de estadística descriptiva y multivariada, con la utilización del *software Statistica*12, de la *Statsoft.Inc* y el programa R versión 3.2.3. Los resultados apuntaron que de los seis dominios evaluados, tres (Innovación, Practicas del TDO y Estrategias para mejorar la adhesión al TDO de la persona con TB) presentaron diferencias estadísticas y también valores más bajos en la evaluación de los profesionales. A respecto del tipo de la unidad de salud, fue posible percibir la diferencia y la evaluación de la TP del TDO, siendo que los profesionales de salud inseridos en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) evaluaron favorablemente las acciones cuando comparadas a los de las Unidades Básicas de Salud (UBS). Fue posible identificar con la análisis exploratoria de los dominios con los menores valores, que las acciones evaluadas como desfavorables fueron: innovación para trabajar con la persona en TDO; participación de la sociedad civil en las acciones del control de la TB; motivación profesional; autonomía de la persona en TDO; existencia de un plan individual para la persona en tratamiento de la TB; estrategias para proveer la adhesión de la persona con TB al TDO; recursos comunitarios para apoyo a la persona en tratamiento y desarrollo de acciones intersectoriales. El municipio Piracicaba presento resultados desfavorables en la evaluación de la TP del TDO, en cuanto Indaiatuba presento resultados favorables en la mayoría de las acciones de TP del TDO. Se puede concluir que los municipios necesitan avanzar en la TP del TDO de manera a comprender la complejidad del cuidado a la persona con TB que, por su vez, ultrapasa el ámbito patológico e incluyen cuestiones de cuño social. Igualmente, se destaca la necesidad de las cuestiones relacionadas a la organización del proceso de trabajo.

Palabras clave: Tuberculosis. Transferencia de la Política. Terapia directamente observada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estratégia DOTS e os cinco componentes.....	26
Figura 2. Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa da literatura	46
Figura 3. Modelo de análise da transferência de políticas de saúde	63
Figura 4. Mapa dos municípios estudados, segundo indicadores da doença, 2015.	70
Figura 5. Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório na rede de atenção à TB no município de Indaiatuba, 2016.....	72
Figura 6. Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório na rede de atenção à TB no município de Piracicaba, 2016.....	74
Figura 7. Mapa perceptual sobre a inovação, segundo profissionais de saúde do município de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.....	93
Figura 8. Mapa perceptual sobre a prática do TDO, segundo profissionais de saúde do município de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.....	94
Figura 9. Mapa perceptual sobre estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO, segundo profissionais de saúde do município de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Revisão da literatura sobre aspectos influentes na operacionalização do TDO.....	38
Quadro 2. Instrumento da coleta de dados (ATP-IINFOC-TB) dividido por domínios	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação dos estudos incluídos na revisão, segundo autores, título, periódico, país, ano e objetivo (2016)	47
Tabela 2. Indicadores sociais e econômicos de ambos os municípios do estudo.....	69
Tabela 3. Representação das médias e dos escores padronizados calculados de acordo com as respostas dos participantes por item do instrumento ATP- IINFOC-TB. Indaiatuba, Piracicaba, 2016	86
Tabela 4. Apresentação das estimativas para a média e dispersão dos domínios das ações de transferência segundo município e tipo de unidade.....	88
Tabela 5. Valores preditos pelo modelo inflacionado	90
Tabela 6. Qualidade, autovalor e inércia segundo domínios de análise	91
Tabela 7. Contribuição absoluta das variáveis segundo dimensão. Indaiatuba, Piracicaba, 2016.....	92

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATP-IINFOC-TB	Análise da Transferência de Políticas – Informação, Conhecimento e Inovação
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEDIC	Centro de Doenças Infecto Contagiosas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAB	Centro de Referência em Atenção Básica
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course
ESF	Estratégia Saúde da Família
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MI	Moléstias Infectocontagiosas
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PECT	Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose
PCT	Programa de Controle para Tuberculose
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TAA	Tratamento Auto Administrado
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidroga Resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TP	Transferência de Políticas
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Aspectos históricos da tuberculose no Brasil.....	20
1.2 Aspectos epidemiológicos da tuberculose: um panorama do cenário mundial e nacional	24
1.3 Estratégias globais para o enfrentamento da tuberculose – DOTS, STOP TB e END TB.....	25
1.3.1 Estratégia DOTS	25
1.3.2 Estratégia STOP TB: meio para promover o fortalecimento da estratégia DOTS	28
1.3.3 Estratégia END TB	30
1.4 O controle da tuberculose e o Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária à Saúde	33
1.6 Evidências sobre os fatores influentes para o êxito ou fracasso do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose	37
2 REVISÃO DA LITERATURA	44
3 JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	54
4 OBJETIVOS.....	56
4.1 Geral	57
4.2 Específicos	57
5 REFERENCIAL TEÓRICO: TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS.....	58
6 MATERIAL E MÉTODO.....	67
6.1 Tipo de Abordagem	67
6.2 Caracterização dos Locais de Estudo.....	67
6.2.1 Indaiatuba	71
6.2.2 Piracicaba	73
6.3 Participantes do Estudo e Critérios de Inclusão	75
6.4 Instrumento de Coleta de Dados	75
6.5 Procedimento de coleta de dados	78
6.6 Procedimento de análise dos dados	79
6.7 Aspectos éticos da pesquisa	83
7 RESULTADOS	84
8 DISCUSSÃO.....	96
9 CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS.....	113

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	130
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ATP-IINFOC-TB PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	132
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP 136	
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA PARA COLETA DE DADOS	137
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA PARA COLETA DE DADOS	138

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Iniciei o curso de graduação Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem em 2010, e desde então, foi despertado meu interesse pela pesquisa. Dessa forma, passei a ter vínculo junto ao grupo de pesquisa – o Grupo Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e comecei a participar das reuniões semanais que tinham como foco discussões relacionadas aos trabalhos dos integrantes do grupo e das estratégias de pesquisa. Como estratégia para conhecer melhor o movimento social envolvido no controle da TB, passei a frequentar as reuniões realizadas pelo Comitê Municipal de Tuberculose de Ribeirão Preto.

No quarto semestre da graduação, tendo como orientador o Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha enviei uma proposta de projeto à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e tivemos um retorno positivo, com financiamento para a realização do projeto “***Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose: análise de sua implantação em Ribeirão Preto/SP (1998-2010)***” - processo 2011/23223-0, voltado para a realização de uma análise epidemiológica da TB no município e análise documental por meio dos documentos oficiais como o Plano Municipal de Saúde e Plano de Gestão do município de Ribeirão Preto (SP). A partir deste momento, me aproximei das etapas relacionadas à construção e desenvolvimento de uma pesquisa científica, o que contemplou o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados (tanto via documentos disponíveis online quanto via coleta de dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde), a construção de resumos para apresentar em eventos científicos e relatório final.

Em 2013, com a orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha iniciei minha segunda pesquisa, agora financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulada “***Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose segundo perspectiva dos profissionais da equipe de enfermagem do município de Ribeirão Preto - SP***”, processo número 475113/2012-8. Este projeto estava inserido em um projeto multicêntrico, cujo objetivo era avaliar a transferência de política da TB em várias regiões do país, desse modo, o projeto de iniciação científica contribuiu para avaliar a região de Ribeirão Preto, aspectos relacionados ao TDO na perspectiva da equipe de enfermagem que atuam no Programa de Controle para Tuberculose (PCT). Este trabalho propiciou minha

aproximação com os serviços de saúde e permitiu conhecer a organização da rede de atenção à saúde do município, bem como a rede de atenção à TB. Assim como no trabalho anterior, este também permitiu minha participação desde o início até a produção do relatório final, que por sua vez foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem v.69, n.6, Nov. 2016, com o título “Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva”.

Essa vivência e aproximação com a pesquisa no período de graduação, resultou no interesse para prosseguir com essa atividade, a fim de dar continuidade nas pesquisas, aprimorar e ampliar as investigações que deram tiveram início ainda na graduação.

Dessa forma, no ano de 2015, fui aprovada no processo seletivo junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e iniciei com atividades relacionadas à pesquisa por meio do projeto intitulado “***Transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de municípios prioritários do interior paulista***”, cujo objetivo foi de analisar a transferência de política do TDO na perspectiva dos profissionais de saúde que executam ações de controle da TB. Assim, com a orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, dei início às atividades junto à temática do meu projeto de mestrado, sendo este um assunto de grande relevância, tendo em vista a necessidade de compreender os entremeios da incorporação e a Transferência das Políticas de controle da tuberculose, vivenciadas pelos profissionais de saúde, sendo estes sujeitos importantes neste processo e que realizam as ações de saúde empreendidas para o controle da doença.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos históricos da tuberculose no Brasil

Supõe-se que a tuberculose (TB) foi trazida ao Brasil pelos europeus no século XVI, disseminando o bacilo entre as populações indígenas. No período colonial, a disseminação da TB, permanece com seu potencial endêmico. Entretanto, a doença apenas passou a chamar atenção das autoridades públicas após a chegada da família real portuguesa em 1808. Apesar disso, nenhuma ação foi realizada para frear a disseminação da doença (MACIEL, 2012; GERHARDT; ROSEMBERG, 2011).

Durante o Brasil império, por meio de cálculos da mortalidade por TB, em 1859, a doença passou a ser reconhecida e discutida no país. Com isso, a Junta Central de Higiene, à época, presidida pela médica Paula Cândido, solicitou um hospital destinado para ao tratamento das pessoas acometidas pela TB (GERHARDT; ROSEMBERG, 2011).

Nesse contexto, as primeiras medidas sanitárias foram tomadas para o controle da doença. Estas eram voltadas especialmente às ações de higiene das habitações coletivas (cortiços) e disseminação da doença da época, sendo que diversas leis sanitárias foram instituídas a partir de 1870. (MACIEL, 2012; GERHARDT; ROSEMBERG, 2011), além da institucionalização das pessoas com TB junto ao Hospital Nossa Senhora das Dores que, até agosto de 1896, quando finalizou suas atividades, havia recebido cerca de 2.098 pacientes, dos quais 772 foram a óbito (MACIEL, 2012; GERHARDT, 2011). Ainda em 1882, foi descoberto o bacilo da TB, e evidenciou-se que a TB era contagiosa e como medidas profiláticas foram adotadas como a higienodietética, que consistia em uma boa alimentação, repouso e a incorporação dos ares da montanha, além do isolamento em sanatórios e preventórios (GONÇALVES, 2000; GERHARDT, 2011).

Iniciativas para o controle da TB no estado de São Paulo foram adotadas por Emílio Ribas que propôs a elaboração de um opúsculo para comprovar que a TB era uma doença curável e evitável; e Clemente Ferreira que organizou as primeiras ações contra a TB no Brasil, por meio do movimento para criação da Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, mais tardiamente chamada de Liga Paulista contra Tuberculose, com envolvimento e interesse da Sociedade de Medicina e Cirurgia. (GERHARDT, 2011).

No começo do século XX, Oswaldo Cruz identificou fatores predisponentes internos e externos aos doentes de TB, como o fato da redução do sistema imunológico e as condições de moradia da população serem meios de propagação da TB. No entanto, o Estado não priorizava o combate à TB, passando então a propor esforços a partir da década de 1920, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose e, em 1930, na cidade de São Paulo, houve a criação da Secção de Profilaxia da Tuberculose, marcando o início das lutas contra a TB (GERHARDT, 2011).

Até o final do século XIX, houve uma redução significativa nos casos de mortalidade por TB na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da instalação de dispensatórios para isolar as pessoas acometidas pela TB. Estes isolamentos foram adotados também no Brasil. Em 1941, surgiu o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), que tinha o objetivo de estudar a enfermidade e elaborar métodos de ações preventivas e assistenciais. No ano de 1944, foi descoberta a estreptomicina como forma de tratamento da TB e, posteriormente, o Ácido Paraminossalicílico. Apesar da descoberta da quimioterapia anti-TB, descobriu-se também a resistência bacteriana (BERTOLLI, 2011; GERHARDT, 2011).

Estudos científicos realizados nos EUA, com adoção ao tratamento com estreptomicina e isoniazida, ocasionou uma rápida redução da mortalidade por TB, no entanto, resultou também no surgimento de pessoas resistentes a estes dois medicamentos associados. No final dos anos 50, o SNT criou uma comissão responsável pela adoção do esquema combinado com estreptomicina, Isoniazida e Ácido Paraminossalicílico e duração de 18 meses, sendo esse regime de tratamento reduzido para 12 meses após a divulgação de resultados de uma experiência mundial pela União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares (IUATLD) (GERHARDT, 2011).

Após inúmeros estudos e tentativas de promover a cura e diminuir a resistência medicamentosa dos pacientes com TB, passou-se a priorizar o tratamento ambulatorial, para o qual existia um plano terapêutico bifásico composto por 3 meses de internação, seguido por 9 meses de tratamento ambulatorial, até completar os 12 meses de terapia (GERHARDT; ROSEMBERG, 2011)

Foi por meio dos trabalhos de Karel Styblo, estudioso da área, que incentivou-se o tratamento supervisionado, prática que compreendia a ingesta de medicamentos, por seis meses, assistida por um profissional de saúde. O esquema de curta duração

não foi recebido como uma solução isolada, mas dentro de uma proposta articulada e reorganizada pelos serviços, articulando as ações de TB realizadas no país com o Ministério da Saúde (MS), a Previdência Social, Estados e Municípios, com o objetivo de melhorar a transferência de recursos e o funcionamento das redes de saúde. Assim, no final da década de 80, essas medidas foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e o programa que era consolidado em nível federal, acompanhava a evolução dos Estados, analisando o alcance das metas programadas. Com isso, observou-se uma rápida adoção do tratamento ambulatorial, propondo uma descentralização das ações assistenciais (RUFFINO-NETTO, 2006; GERHARDT; ROSEMBERG, 2011).

Estudos realizados na época comprovam a efetividade dessa modalidade de tratamento da TB, apresentando a redução das taxas de abandono e hospitalizações, bem como a redução dos casos de TB e a diminuição da mortalidade (BELLUOMINI; TAGUSAGAWA, 1984; RUFFINO-NETTO; 2000; HIJJAR et al. 2001).

Assim, devido à utilização do tratamento de curta duração anti-TB, e às altas taxas de cura apresentadas, houve a ilusão de que a mesma teria sido erradicada, e então, diminuiu-se o interesse acadêmico e da sociedade em relação à TB, situação que resultou na diminuição do compromisso político, bem como das ações de controle da doença, resultando assim no recrudescimento dos casos de TB (KRITSKI et al. 2007).

No final da década de 80 e início da década de 90, emergiu a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e, assim, a associação entre as duas patologias (aids e TB) passou a ser uma preocupação mundial. Após declarar a propagação da TB como emergência global, a OMS realizou algumas modificações na proposta de Styblo e adotou a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), divulgada como um conjunto de ações voltadas ao enfrentamento da TB, instituindo-a em 1993, tendo como principais metas atingir 85% de sucesso no tratamento e 70% de detecção de casos (ARNADOTTIR, 2009; RUFFINO-NETTO, 2006).

Com a implantação da estratégia DOTS destaca-se a década de 2000, na qual se evidencia grandes avanços em âmbito mundial. Ao final de 2003, 82 países haviam incorporado a estratégia, valor que correspondia na época a 77% da população acometida pela TB. Com isso, no ano seguinte, mais de 20 milhões de pessoas

acometidas pela TB haviam sido tratadas por meio da estratégia DOTS e 16 milhões atingiram a cura em todo o mundo (IBANÊS; JUNIOR, 2013; VENDRAMINI, 2007).

No cenário nacional, também evidenciou-se em várias regiões do país melhoria dos indicadores epidemiológicos relacionados à doença, quando na mesma década, registrou-se detecção de 73,5% dos casos estimados e taxa de cura de 69,3% (SÁ, et al., 2011a).

Contudo, a TB ainda permanecia em situação preocupante, principalmente no que tange à co-infecção TB/HIV e multidroga resistência. A partir dessa situação alarmante, a OMS instituiu a estratégia *STOP TB*, com a proposta de que, até 2015, fossem reduzidos em 50% a prevalência e as mortes por TB, em relação ao ano de 1990 (STOP TB PARTNERSHIP, 2001; SAAD-HUSSEIN; MOHAMMED, 2014). Por conseguinte, assumindo que a TB pode ser curada em todos os casos e se mantém ainda como um grave problema de saúde pública, foi lançada a estratégia *END TB*, que está em vigor atualmente, cujo objetivo principal é eliminar a TB até 2050 (STOP TB PARTNERSHIP, 2015).

Apesar dos grandes avanços evidenciados, a TB permanece como prioritária no cenário mundial e, com o passar dos anos, deixou de ser um problema estritamente biológico para ser associada a uma dimensão social. Este pode ser um dos grandes entraves no controle da doença, em que necessita-se buscar medidas sistematicamente apropriadas que adequem os aspectos culturais e sociais que permeiam a vida da pessoa acometida pela TB (GERHARDT; ROSEMBERG, 2011; HIJJAR, 2007; RUFFINO-NETTO, 2006). Por isso, compreender os entremeios políticos e o processo histórico frente a um dos problemas sanitários mais relevantes do país é indispensável para perceber o processo saúde-doença de cada época, visto que este tem relação com o desenvolvimento histórico social e econômico. Nesse sentido, a repercussão da TB no Brasil e a história das políticas de controle da doença apresentam características próprias, que variam de acordo com determinado contexto econômico, político e social (VICENTIN; SANTO; CARVALHO, 2002).

1.2 Aspectos epidemiológicos da tuberculose: um panorama do cenário mundial e nacional

A TB, embora seja um tema destacado na história e reconhecido como problema há tempos, registra inúmeras tentativas de enfrentamento, que resultaram em progressos quanto ao seu controle. Entretanto, a doença permanece como um dos principais problemas de saúde mundialmente (EJETA et al., 2015).

Estimou-se que, no ano de 2015, tenham ocorrido cerca de 10,4 milhões de casos novos de TB em todo o mundo, dos quais 5,9 milhões (56%) estavam entre os homens, 3,5 milhões (34%) entre as mulheres e 1,0 milhão (10%) entre as crianças. No mesmo ano, a TB foi uma das dez maiores causas de mortes em todo o mundo, ultrapassando o HIV/aids, presumindo que 1,4 milhão de óbitos foram causados pela doença (WHO, 2016). Tais números são considerados inaceitavelmente elevados, visto que a TB é uma doença curável e a maioria dos casos são preveníveis e tratáveis, se fornecido diagnóstico oportuno e tratamento correto (FERREIRA, et al. 2011).

Embora a TB se destaque com taxas preocupantes, o tratamento da doença evitou 49 milhões de mortes globalmente no período entre 2000 e 2015. A taxa de mortalidade por TB diminuiu 47% entre 1990 e 2015, sendo que a maior parte dessa melhora ocorreu após o ano 2000, o que destaca a importância da *estratégia DOTS*. Além disso, as avaliações realizadas por meio dos relatórios anuais mostram o alcance das metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) entre os 16 países dos 22 classificados com altos índices de TB durante o período de 2002 a 2015. No que tange à notificação dos casos, a TB também mostrou evoluções, principalmente no período de 2013-2015, no qual foram notificados 6,1 milhões de casos novos de TB às autoridades nacionais e OMS (WHO, 2015; WHO, 2016).

Apesar do número de mortes por TB ter diminuído em 22% entre 2000 e 2015, a TB continua sendo uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo (WHO, 2016). Da mesma maneira, estudos reforçam a TB como a doença infecciosa que mais mata no mundo, o que a enfatiza como uma das doenças transmissíveis mais preocupantes (GETAHUN, et al. 2013; MACIEL; SALES, 2016).

Como dito anteriormente, a TB é uma doença diretamente relacionada a aspectos sociais e econômicos. Sendo assim, a maior parte do número estimado de casos novos em 2015 ocorreu em países pouco desenvolvidos ou em

desenvolvimento, localizados no continente asiático e região Africana, com 61% e 26%, respectivamente (RUFFINO-NETTO, et al. 2002; BRASIL, 2014; WHO, 2016).

A OMS elencou 30 países com alto índice de TB, sendo que estes representam 87% de todos os casos incidentes em todo mundo. Deste total, destacam-se seis países que possuem o maior número de casos incidentes no ano de 2015: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul, onde os três primeiros correspondem por 45% dos casos globais deste mesmo ano (WHO, 2016).

Não menos preocupante, encontra-se a atual conjuntura da TB no Brasil, com coeficiente de incidência de 41 casos/100.000 habitantes no ano de 2015 (WHO, 2016). Neste contexto, embora a série histórica no país evidencie declínio das taxas de mortalidade e incidência desde os anos 80 (HIJJAR, et al. 2006), destaca-se que mesmo frente à queda desses indicadores, é possível evidenciar a permanência da gravidade do cenário epidemiológico da TB no país.

Em várias regiões do Brasil a TB apresenta-se em situação alarmante, principalmente no Amazonas (70,1 casos/100 mil hab.), Rio de Janeiro (54,5 casos/100 mil hab.), Pernambuco (43,6 casos/100 mil hab.) e Rio Grande do Sul (39,2 casos/100 mil hab.). Merece destaque também o estado de São Paulo, que apresenta o maior contingente de casos de TB, com cerca de 1/5 do total notificados no país, o que representa um coeficiente de incidência de 36,0 casos/100 mil hab. Estes valores se sobressaem por apresentarem incidência que excedem ou se aproximam ao valor nacional (BRASIL, 2016a; ARAKAWA, 2015).

Diante deste cenário, identifica-se que houve uma melhora significativa das atividades de controle da TB e que está ainda em situação alarmante em vários locais do mundo, mantém estratégias cada vez mais ousadas para seu enfrentamento e que serão brevemente discutidas a diante.

1.3 Estratégias globais para o enfrentamento da tuberculose – DOTS, STOP TB e END TB

1.3.1 Estratégia DOTS

Em consonância com os aspectos históricos e políticos da época, a estratégia global para o controle da TB (estratégia DOTS), lançada pela OMS em meados dos anos 1990 continua a ser um elemento central da sua sucessora, a Estratégia *Stop*

TB, e se propagou mundialmente, em especial nos países com a maior carga da doença (WHO, 2014).

Em meio a processos de análise e adaptações da política, nomeou-se por estratégia DOTS o conjunto de políticas, voltadas para a atenção e o controle da TB, composta por cinco elementos que, quando desenvolvidos adequadamente, podem promover o controle da doença:

Figura 1. Estratégia DOTS e os cinco componentes

Fonte: (WHO, 1999)

1. **Compromisso político e financeiro** – essencial para a estratégia DOTS, sendo necessários para promover parcerias nacionais e internacionais e articulados a planos de ação, que devem atender às exigências técnicas e financeiras e promover responsabilidade pelos resultados em todos os níveis do sistema de saúde.
2. **Deteção de casos por meio de testes bacteriológicos com qualidade garantida** – este é o método recomendado para a detecção de casos de TB.

Necessita de uma rede laboratorial equipada por profissionais treinados para garantir a baciloscopia de qualidade.

3. **Tratamento Diretamente Observado (TDO)** – a base do controle da TB é organizar e administrar o tratamento padronizado em todos os países, para todos os casos de TB em adultos e crianças, com baciloscopia positiva, negativa e extrapulmonar. Em todos os casos, as diretrizes da OMS propõem o acompanhamento destes usuários do sistema de saúde por meio de supervisão medicamentosa em até cinco vezes por semana na fase de ataque.
4. **Sistema de gestão eficaz para oferta de medicamentos** – o fornecimento ininterrupto e contínuo de medicamentos contra TB com qualidade garantida é fundamental para o controle da doença. Para este fim, um sistema de fornecimento de drogas que seja confiável, de aquisição e distribuição de todos os medicamentos antituberculosos essenciais a todos os estabelecimentos de saúde faz-se necessário. Deve possuir também um sistema de registro e comunicação para ofertar informações necessárias para planejar, adquirir, distribuir e manter adequados o estoque de medicamentos.
5. **Sistema de monitoramento e avaliação** – deve ser estabelecido um sistema de monitoramento e avaliação confiável, com comunicação regular entre os níveis centrais e periféricos do sistema de saúde, baseado no registro individual das informações sobre os resultados do tratamento.

Dentre os componentes da estratégia DOTS, merece destaque o TDO, o qual consiste na observação da ingesta medicamentosa, devendo ser administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e monitorada pelo enfermeiro do serviço de saúde ao qual o doente de TB é vinculado. Aos finais de semana e feriados, os medicamentos são autoadministrados (BRASIL, 2011a).

A ingesta medicamentosa adequada pode promover um percentual de cura de 90% dos casos de TB (STOP TB PARTNERSHIP, 2011). Por essa razão, estudos apontam para a importância do TDO na perspectiva de assegurar e garantir o tratamento, favorecendo assim, a adesão à terapêutica proposta, o que sugere maiores chances de curar e diminuir a resistência e o abandono (YAMAMURA et al., 2014; SOUZA et al. 2014; FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Dessa forma, justifica-se a inserção de uma estratégia de supervisão de ingesta medicamentosa que aproxime os profissionais do contexto social dos indivíduos, principalmente nos casos que se identificam grupos de risco para a não adesão ao tratamento (RUFFINO-NETTO, 2000; BRASIL, 2011a).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os mais importantes problemas de saúde no mundo, estabeleceu os oito ODM que foram adotados de forma a propor metas e compromissos que, se cumpridos, poderiam melhorar o destino das pessoas. Dentre os oito objetivos enumerados, o sexto foi direcionado ao controle e a diminuição da incidência e prevalência de doenças importantes que afligem a humanidade, incluindo a TB (UNITED NATIONS, 2000).

A estratégia *DOTS* se inscreve na história das políticas de saúde contra a TB como um grande avanço, tendo em vista que a mesma sugere um conjunto de ações de combate à doença, composta por cinco elementos. Nesta ocasião, além destes elementos, a *Estratégia DOTS* também foi definida por metas, na qual propõe junto à OMS, 85% de cura dos pacientes em tratamento de TB, até 2005, além de recomendar 70% de detecção de casos por baciloscopia e índice de abandono de até 5% (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; BRASIL, 2011b).

Adicionalmente a esta política de controle da TB, em 2001 foi lançada a Estratégia *STOP TB*, que veio com o propósito de promover o fortalecimento da Estratégia *DOTS* (STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

1.3.2 Estratégia *STOP TB*: meio para promover o fortalecimento da estratégia *DOTS*

Para alcançar a meta proposta pelo ODM, a OMS lançou a estratégia *Stop TB*, que tem como missão assegurar a todas as pessoas com TB, acesso ao diagnóstico efetivo, tratamento e cura; parar a transmissão da TB em nível mundial; reduzir o número de pessoas acometidas pela doença devido a iniquidades sociais e econômicas; desenvolver e implementar novos métodos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e estratégias para combater a TB, mantendo a *estratégia DOTS* como o mais importante de seus elementos (STOP TB PARTNERSHIP, 2011; STOP TB PARTNERSHIP, 2015).

A estratégia *STOP TB* possui três fases, que contemplam o período entre 2001 e 2015: a primeira de 2001 a 2005, a segunda de 2006 a 2010 e a terceira de 2011 a 2015. A primeira fase possui quatro objetivos, a saber: expandir a estratégia *DOTS*,

para que todos tenham acesso ao diagnóstico e tratamento efetivos; adaptar essa estratégia para tratar a coinfeção TB/HIV e a TB - MDR; melhorar os equipamentos e tecnologias existentes, desenvolvendo novos métodos diagnósticos, drogas e vacinas; fortalecer a *Stop TB Partnership* para assegurar que as ações de controle da TB sejam efetivamente aplicadas (STOP TB PARTNERSHIP, 2001; WHO, 2009).

A segunda fase da estratégia *Stop TB*, publicada em 2006, vem para intensificar a prevenção, o tratamento, a investigação, o desenvolvimento e o financiamento das ações de controle da TB, descrevendo aquelas necessárias para acelerar o avanço do controle da doença, desenvolver e introduzir novas ferramentas e enfrentar os desafios. Foi nessa fase que se estabeleceu o plano de reduzir a incidência de TB de acordo com os ODM e, assim, atingir as metas de até 2015 reduzir a mortalidade e a prevalência da TB em comparação com os níveis apresentados em 1990 (STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

A terceira fase da estratégia *STOP TB* foi voltada à urgência do controle da doença e ao alcance das metas propostas para 2015. Apresenta um quinto objetivo, voltado à proteção e promoção dos direitos humanos nas ações de prevenção, cuidado e controle da TB. Além disso, centrou-se na ampliação das intervenções para diagnóstico e tratamento da TB com base em novas tecnologias e novos testes diagnósticos. No entanto, as metas e os componentes do ano anterior são os mesmos propostos nesta fase (STOP TB PARTNERSHIP, 2011).

A estratégia *Stop TB* contemplava os seguintes indicadores:

- ✓ Reduzir pela metade a incidência da TB até o ano de 2015, frente aos números registrados em 1990;
- ✓ Reduzir em 50% a prevalência e a taxa de mortalidade da TB, também frente aos números registrados em 1990;
- ✓ Taxa de detecção de casos novos, que deveria ser de 70% até 2005;
- ✓ Taxa de sucesso no tratamento, que deveria ser de 85% dos casos com baciloscopia positiva registrados;
- ✓ Eliminar a TB como problema de saúde pública (1 caso por 1 milhão de habitantes) (STOP TB PARTNERSHIP, 2006; WHO, 2006).

A partir das estratégias *DOTS* e *STOP TB*, ocorreu uma melhora no cenário mundial da TB, o que pode ser identificado por meio de registros significativos de declínio dos casos da doença, do diagnóstico eficaz e do tratamento da doença que

foram capazes de salvar, no mundo, 43 milhões de vidas no período de 2000 a 2014 (BRASIL, 2016a). Outrossim, em 2015, a prevalência estimada de TB foi 42% menor do que em 1990, sugerindo o não alcance da meta proposta, quando previa-se que a redução da prevalência fosse de 50%, o que ainda mantém a TB como emergência mundial (STOP TB PARTNERSHIP, 2015; BRASIL, 2006).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade apresentou um declínio de 38,9% no período entre 1990 a 2014, registrando a redução deste índice de (3,6 para 2,2 casos/100 mil hab.). Do mesmo modo, a taxa de incidência também apresentou decréscimo de 34,1%, tendo em vista que em 1990 apresentava coeficiente de 51,8 casos/100 mil hab. e, no ano de 2014, apresentou 34,1 casos/100 mil hab. Estes resultados evidenciam que o país alcançou as metas propostas mundialmente para o controle da TB. No entanto, registra-se 70 mil casos entre o período de 2005 a 2014, o que coloca o país em 18ª posição em relação aos outros prioritários e que possuem a maior carga da doença (BRASIL, 2016a).

Assim, apesar dos avanços registrados, a TB permanece como uma preocupação mundial. Sabendo que mais de 90% das pessoas com TB, se tratadas adequadamente com as medicações necessárias, podem ser curadas em seis meses, propõe-se a estratégia *END TB* (Fim da TB), cujo maior objetivo é eliminar a TB até 2050 (STOP TB PARTNERSHIP, 2015; WHO, 2011).

1.3.3 Estratégia *END TB*

Reconhecendo a dimensão do problema da TB, no ano de 2015 a OMS lança a estratégia *END TB*, aprovada pela 67ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA) para prevenção, cuidados e controle da TB após 2015 (WHO, 2016). Esta estratégia, considerada como uma política ousada, não surgiu repentinamente, mas foi considerada uma evolução lógica e uma mudança de paradigma frente às estratégias globais anteriores, onde a estratégia *DOTS* implementou os princípios essenciais para o controle da TB e a *STOP TB*, veio a ampliar e intensificar o enfrentamento dos desafios emergentes (WHO, 2015).

Ao planejar a estratégia *END TB*, a OMS tem como objetivo tornar o mundo livre de TB, não admitindo nenhuma morte pela doença, o que sugere a eliminação do sofrimento causado pela TB (WHO, 2016). Para o cumprimento de suas metas principais, a estratégia *END TB* precisa diminuir, até 2035, o número de mortes por

TB em 95% frente aos registros atuais, além de reduzir em 90% a incidência da doença, sendo o objetivo principal eliminar a TB em âmbito mundial até o ano de 2050 (STOP TB PARTNERSHIP 2015; WHO, 2016).

Para o alcance dos ousados objetivos propostos, a estratégia se inscreve em duas fases: na primeira, o foco é o controle progressivo da doença até o ano de 2025, utilizando as ferramentas existentes para garantir a cobertura universal da saúde e proteção social. Na segunda, que ocorrerá após o ano de 2025, novas ferramentas serão utilizadas, como inovações em diagnósticos, medicamentos e vacinas, com intuito em permitir uma maior aceleração do declínio da TB em direção aos objetivos propostos para 2035 (WHO, 2016; HOUBEN, et al 2016).

Segundo a OMS, a *END TB* é composta por três pilares e princípios:

- 1- Cuidado integral e ações de prevenção centradas no usuário;
- 2- Fortalecimento das políticas de controle da TB;
- 3- Intensificação da pesquisa e inovações relacionadas à área.

Dentro destes pilares, tem sido destacada a integralidade e uma abordagem usuário-centrada, além de ressaltar as políticas ousadas por meio de um sistema que possa oferecer apoio social à pessoa com TB. Para mais, esta política tem sido enfática também em relação à intensificação das pesquisas e inovação de ferramentas para solucionar o problema da TB (WHO, 2015; WHO, 2016).

O primeiro pilar, coloca o usuário no centro do cuidado e da prestação de serviço, enfatizando alguns elementos-chave que se concentram na detecção precoce de casos, tratamento e prevenção para pessoas de todas as faixas etárias. Este visa garantir que todos aqueles que estejam em tratamento possuam acesso igualitário aos serviços de saúde, além de propor o envolvimento do mesmo em seu tratamento, estimulando o autocuidado e a autonomia (WHO, 2016).

O segundo pilar remete a uma intensa participação do governo, sociedade e partes interessadas, pois visa a articulação das políticas, dos sistemas de saúde e do setor social para prevenir e eliminar a TB, com foco na cobertura universal da atenção à saúde, além de focalizar a abordagem sobre os determinantes sociais da TB, em especial frente aos grupos vulneráveis (WHO, 2016)

O terceiro e último pilar, tem como foco intensificar a investigação a partir do desenvolvimento de novas ferramentas para sua implementação em todos os países. Enfatiza a pesquisa operacional para a concepção, implementação e ampliação de

inovações, com investimento para que sejam desenvolvidos novos instrumentos (WHO, 2016).

Há estudos interessantes sobre a estratégia em voga, que discorrem sobre a possibilidade de alcance das metas atualmente propostas. Um estudo avalia se isso ocorrerá até 2025 em três países com alta carga da doença, por meio da comparação entre as intervenções realizadas sobre a TB e seu desfecho, utilizando dados disponíveis em relatórios, traz grandes contribuições para a análise relacionada a essa nova política, tendo em vista que evidencia o sucesso da estratégia *END TB* na África do Sul, uma vez que apresenta combinações entre as propostas de intervenção sobre a doença (detecção de casos, melhoria nos cuidados, prevenção e tratamento) e a redução da incidência e mortalidade no período de tempo determinado no estudo (HOUBEN et al., 2016; MENZIES et al., 2016)

Em países como China e Índia, ocorreria importante redução, mas, abaixo do preconizado pela OMS, haja vista que as intervenções foram pequenas em comparação ao desfecho. Este estudo contribuiu com seus resultados também para o Brasil, não somente ao projetar o impacto das combinações de intervenções existentes trazendo como exemplo a China, África do Sul e Índia, mas também despertando para a importância em considerar o contexto de cada país, no qual a política está sendo implementada. Isso significa que os objetivos da Estratégia *END TB* são notadamente ambiciosos e descrevem o que seria uma grande conquista no controle da TB, entretanto, mostram que os alvos e as intervenções listadas para alcançá-los terão que se adaptar para proporcionar aos países uma maneira de agir frente aos desafios colocados (HOUBEN, et al. 2016; OXLADE; MENZIES, 2016).

Sendo assim, globalmente, a concretização dos objetivos será um desafio, uma vez que as poucas contribuições de um país terão de ser compensadas por outros países ultrapassando estas metas que já são altamente ambiciosas. Destaca-se ainda a importância de países que apresentam intervenções propensas a serem insuficientes para o sucesso no desfecho da doença, a desenvolver novas estratégias que abordem a especificidade de cada cenário, considerando os fatores como, por exemplo, o envelhecimento da população, a pobreza, a desigualdade de renda no país e a subnutrição (HOUBEN et al. 2016; WHO, 2016).

1.4 O controle da tuberculose e o Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária à Saúde

Na década passada, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização no sistema de saúde, que deu ênfase à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial presente no Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA et al. 2009).

No lançamento do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose (PECT), em 1996, o MS selecionou 230 municípios tidos como prioritários para implementar as ações de controle da doença, dentre estas, o TDO, oficializado no cenário brasileiro somente em 1999 por intermédio do Plano Nacional de Tuberculose. Até então, foi evidente a vagarosidade no processo de descentralização das ações de controle da TB, fortemente visto enquanto ação a ser realizada por ambulatórios especializados, e pouco expandido para os serviços que compõem a rede de APS (BRASIL, 1996).

Ainda neste plano, chama a atenção a menção à realização de ações como capacitação dos profissionais de saúde da APS, com ênfase nas ações de vigilância, prevenção, controle e ações assistenciais adequadas para diagnóstico e tratamento da TB, além da ampliação do TDO a todos os serviços de saúde dos municípios prioritários. Porém, percebe-se uma abordagem incipiente das ações de controle da TB na APS e, com isso, prevalece ações de cunho curativo, não valorizando o estabelecimento de vínculo entre profissional e doente de TB, dentre outros fatores que incidem fortemente no controle da doença (BRASIL, 1996).

Em 1998, dada a permanência do problema no âmbito nacional, com altas taxas de abandono do tratamento, baixo percentual de cura e de detecção de casos, foi lançado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com o intuito de reforçar a atenção aos municípios que apresentam indicadores desfavoráveis ao desempenho das ações de controle da TB com a introdução de uma novidade: a forma de repasse de recursos e a extensão da cobertura do TDO, de modo a atender as recomendações da OMS, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, visando à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária (BRASIL, 1998; RUFFINO-NETTO, 2001; FIGUEIREDO et al. 2009).

No ano de 2001, as estratégias de controle da TB foram intensificadas nos serviços de APS devido à publicação da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (BRASIL, 2001), que funcionou como um instrumento para ampliar as

responsabilidades dos municípios na APS, definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS, bem como atualizar os critérios de habilitação para os Estados e Municípios, promovendo o fortalecimento das ações de controle das doenças. (BRASIL, 2002a; RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Cabe destacar que, no ano seguinte, devido à necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, que resultou do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do SUS, com a proposta de assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, na tentativa de oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002a).

Com a ampliação do acesso e da qualidade da APS, define-se como áreas de atuação estratégica mínima da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) o controle da TB e outras doenças (BRASIL, 2002b), ocorrendo assim, a transferência das responsabilidades de saúde para os municípios (BODSTEIN, 2002), de tal modo que a atenção à TB passa a ser uma ação sob a responsabilidade da esfera municipal, antes centradas no nível federal, e reconhece o PCT como uma das ações estratégicas a serem incorporadas pelos sistemas municipais de saúde. Sendo assim, é trazida a perspectiva das ações de controle da TB enquanto competência dos entes federados subnacionais (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Dessa forma, as ações de controle da TB passam a ser incorporadas tanto pelos serviços de APS (UBS e ESF) quanto pelos ambulatorios especializados, consistindo como responsabilidades e ações estratégicas mínimas da APS para o controle da TB: a busca ativa de casos; o diagnóstico clínico de casos; o acesso à exames para diagnóstico e controle (laboratorial e radiológico); o cadastramento das pessoas adoecidas; o tratamento dos casos (TDO e tratamento auto - administrado (TAA)), bem como medidas preventivas (vacinação, pesquisa de comunicantes, quimioprofilaxia e ações educativas) (BRASIL, 2002b).

No ano de 2004, aprovou o Plano de Ação do PNCT, confirmando a importância da descentralização e horizontalização das ações de controle da TB (BRASIL, 2004; SANTOS, 2007). Em 2006, propõe-se um conjunto de reformas institucionais do SUS

entre as três esferas de gestão: o Pacto pela Saúde. Este faz referência às doenças emergentes, incluindo a TB, e com a finalidade de fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde e propor estratégias descentralizadas para as ações de controle da doença, o pacto norteia as condutas sobre as disparidades sociais além de promover o cuidado para desenvolver a autonomia da pessoa com TB e impedir o aumento do número de TB-MDR (FADEL et al. 2009; SÁ et al., 2011a).

Assim a Secretaria de Atenção à Saúde apresentou o desenho da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que apontou para as responsabilidades de cada esfera do governo, além de redefinir a infraestrutura, recursos, atribuições dos profissionais, financiamento e princípios do SUS no contexto da descentralização das ações. Os documentos pactuados nos próximos anos (2008 e 2011) mantiveram o conjunto de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde de 2006, enfatizando a descentralização das ações de controle da TB (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; PNAB, 2006).

Atualmente, o Plano Brasileiro pelo Fim da Tuberculose (2017), foi construído com base nos objetivos da atual estratégia proposta pela OMS e tem como meta reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10/100.000 habitantes e mortalidade para menos de 1/100.000 habitantes até 2035. Além disso, o Plano menciona o TDO como importante elemento para o alcance das metas (BRASIL, 2017).

Frente ao exposto, observa-se que o TDO vem permanecendo tanto nas políticas globais quanto nas políticas nacionais, enquanto uma ação recomendada que coopera para o controle da doença (WHO, 2016). Estudos científicos, realizados nacional e internacionalmente, recomendam a realização do TDO por um profissional de saúde ou familiar capacitado e o consideram como uma importante ferramenta que garante a adesão e a consequente prevenção da TB-MDR, além de reduzir significativamente os casos de abandono, proporcionando, desta forma, a cura na maioria dos casos (GARCIA; LEAL, 2015; NAHID et al. 2016; BOJORQUEZ et al. 2016).

Além disso, um artigo de revisão apresenta um panorama mundial do TDO e concluiu que o mesmo apresenta melhores resultados relacionados aos indicadores favoráveis à doença quando comparado ao tratamento TAA, ressaltando sua importância em pessoas acometidas pela TB e que se apresentam em situações de vulnerabilidade, como moradores de rua, usuários de álcool e drogas, dentre outros

(GARCIA; LEAL, 2015; IBANÊS; JUNIOR, 2013; GONZÁLEZ et al. 2012; FERREIRA et al. 2011).

Ao oferecer o TDO, o profissional cria oportunidade para empoderar a pessoa com TB em relação ao processo de tratamento, tornando este um momento fundamental no qual o profissional de saúde utiliza-se de métodos facilitadores para que a pessoa tenha conhecimento sobre seu tratamento, de maneira acessível, com linguagem adequada, proporcionando a educação em saúde direcionada às necessidades da pessoa com TB e sua família (RUFFINO-NETTO, 2001).

Deste modo, o TDO funciona também como mediador no estabelecimento de vínculos, acolhimento e responsabilidade entre o serviço de saúde e a pessoa com TB (GARCIA; LEAL, 2015; SÁ et al., 2011a). Tais ações são fundamentais no contexto da APS, tendo em vista que esta tem papel estratégico no acesso às ações de saúde, por apresentar proximidade com a população adscrita, e também, características com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (REIS et al., 2017; BRASIL, 2012a).

Contudo, convém mencionar que apesar de todos os efeitos positivos do TDO descritos na literatura, há estudos que abordam aspectos negativos referente a essa prática. Estudos identificaram dificuldades relacionadas a esta política por caracterizá-la como uma prática autoritária e, dependendo do cenário, capaz de reduzir a responsabilidade, o comprometimento e a autonomia da pessoa em tratamento (ARNADOTTIR, 2009; SAGBAKKEN et al. 2012; MCLAREN, et al. 2016). Outros estudos identificaram que esta modalidade de tratamento pode causar desconforto à pessoa acometida pela doença, tendo em vista que gera obstáculos a estes usuários devido a alterações na rotina diária, bem como dificuldade de se dispor a ir aos serviços de saúde para tomada da medicação diariamente (QUEIROZ et al. 2012; DIAS et al. 2013; ARAKAW et al. 2011).

Embora estes estudos apontem esta vertente do TDO, ressalta-se e acredita-se na vasta literatura que identifica o TDO enquanto uma prática relevante e com grande influência no sucesso e desfecho positivo da doença, sendo capaz de fortalecer a qualidade da atenção e a adesão ao tratamento (SOUZA, et al. 2014; YAMAMURA et al. 2014; VILLA, RUFFINO-NETO, 2009; CRUZ et al., 2012).

No entanto, entende-se que são vários os desafios que impedem a sua operacionalização (SOUZA et al. 2014), tais como: falta de recursos humanos e financeiros, baixa motivação, capacitação e aperfeiçoamento de atividades de

controle da TB e adequação ao contexto social da pessoa com TB (ROCHA et al. 2015; SILVA et.al. 2015; SÁ et al., 2011b). Essas questões se apresentam como um desafio para a APS exigindo, dessa maneira, adequada alocação de recursos, além de suporte gerencial e técnico, de modo que as unidades de APS se organizem para responder não somente as questões relativas à TB, mas também a outras demandas de saúde apresentadas pela população (MONROE et al., 2008).

À vista disso, compreendemos que existem vários aspectos que podem interferir positiva ou negativamente no TDO. E, por essa razão, para efeito de investigação, propôs-se uma revisão da literatura para identificar aspectos que influenciam no sucesso do TDO.

1.6 Evidências sobre os fatores influentes para o êxito ou fracasso do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose

Algumas evidências mostram que existe uma diferença entre as taxas de cura da TB se analisadas e comparadas em diferentes contextos (GETAHUN et al. 2013; TOLA et al., 2016). Associa-se a esta diferenciação, a heterogeneidade na prestação dos serviços, no acompanhamento e aconselhamento dos usuários em unidades de saúde que realizam o TDO. Essas configurações se diferem devido a alguns fatores capazes de influenciar na operacionalização do TDO e no desfecho do tratamento da TB, os quais serão detalhados a seguir (TEFERA; DEJENE; TEWELDE, 2016; MKOPI, et al. 2012).

Assim, para compreender os fatores que estão relacionados ao sucesso ou fracasso do TDO, foi realizada uma breve revisão da literatura no mês de dezembro de 2016, nas bases de dados LILACS e *Pubmed*, direcionada a estudos publicados entre 2011 e 2016. Para o referido propósito, foi realizado um cruzamento utilizando os descritores controlados “terapia diretamente observada” e “tuberculose” juntamente com as palavras-chave “êxito”, “sucesso” e “fracasso”, combinados pelo operador booleano “and”. Tanto os descritores quanto as palavras-chave foram traduzidas para os idiomas espanhol e inglês.

Foram considerados os estudos experimentais, observacionais e de revisão. Foram excluídas teses e dissertações, bem como resumos e publicações de congressos. A busca foi restrita aos idiomas inglês, português e espanhol. De um total

de 146 artigos encontrados, apenas 19 atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para a discussão bem como responder a seguinte questão: Quais são os aspectos relacionados aos serviços de saúde que influenciam no sucesso do TDO?

As principais características dos artigos foram resumidas no Quadro 1.

Quadro 1. Revisão da Literatura sobre aspectos influentes na operacionalização do TDO

1º- Artigo	Resultados do tratamento de doentes com tuberculose sob tratamento diretamente observado em Addis Abeba, Etiópia
Autor/Ano/Cenário	GETAHUN, B; AMENI, G; MEDHIN, G, BIADGILIGN, S., 2013/ Etiópia
Tipo de estudo	Estudo coorte
<i>Aspectos influentes na operacionalização do TDO</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Qualidade do acompanhamento dos pacientes em tratamento 	
2º- Artigo	Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial
Autor/Ano/Cenário	TOLA, H.H., 2016 / Etiópia
Tipo de estudo	Estudo de intervenção com abordagem quantitativa
<i>Aspectos influentes na operacionalização do TDO</i>	
Potencialidades: <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento sobre o tratamento da pessoa com TB; Aconselhamento e intervenção psicológica ao junto à pessoa com TB Fragilidades <ul style="list-style-type: none"> Distância entre a residência da pessoa com TB e os serviços de saúde; Estigma da doença. 	
3º- Artigo	Treatment Outcomes of Tuberculosis Patients at Debre Berhan Hospital, Amhara Region, Northern Ethiopia
Autor/Ano/Cenário	TEFERA, F; DEJENE, T; TEWELDE, T., 2016 / Etiópia
Tipo de estudo	Estudo transversal com abordagem quantitativa
<i>Aspectos influentes na operacionalização do TDO</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Adequação da estrutura institucional; Características demográficas do paciente; Crenças religiosas do doente com TB. 	
4º- Artigo	Adherence to Tuberculosis Therapy among Patients Receiving Home-Based Directly Observed Treatment: Evidence from the United Republic of Tanzania
Autor/Ano/Cenário	MKOPI, A., et al., 2012 / Tanzânia
Tipo de estudo	Estudo transversal com abordagem quantitativa
<i>Aspectos influentes na operacionalização do TDO</i>	
Potencialidades: <ul style="list-style-type: none"> Apoio da comunidade e membros da família; Acompanhamento próximo da equipe de saúde. Fragilidades: <ul style="list-style-type: none"> Distância da residência e dos serviços de saúde; 	
5º- Artigo	Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en un hospital de la ciudad de buenos aires
Autor/Ano/Cenário	GONZÁLEZ, C., et al., 2012 / Argentina.

Tipo de estudo	Estudo observacional com abordagem quantitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
Fragilidades <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes em condições de vulnerabilidade social e instabilidade no trabalho; • Perda de laços familiares; • Falta de recursos humanos; • Desinteresse por parte do profissional; • Falta de uma equipe multidisciplinar. 	
6º- Artigo	Clinical consequences of non-compliance with directly observed therapy short course (DOTS): Story of a recurrent defaulter
Autor/Ano/Cenário	CHAUDHRY, L.A., et al., 2012 / Arabia Saudita
Tipo de estudo	Estudo de caso
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> • Motivação dos pacientes em tratamento; • Serviços sociais bem organizados e integrados ao TDO • Equipe experiente e bem treinada para melhorar o gerenciamento dos casos de TB 	
7º- Artigo	Implementation of the Municipal Tuberculosis Control Program in Marataízes, Espírito Santo State, 2012
Autor/Ano/Cenário	GARCIA, E.M.; LEAL, M.L., 2015 / Brasil.
Tipo de estudo	Relato de experiência com abordagem quantitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente; • Articulação entre diferentes setores; • Equipe multidisciplinar; • Integralidade no TDO 	
8º- Artigo	Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte
Autor/Ano/Cenário	LAVÔR, D.C.B.; PINHEIRO, J.S.; GONÇALVES, M.J.F., 2016/ Brasil
Tipo de estudo	Estudo avaliativo de recorte quantitativo
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento das equipes de saúde na organização do serviço; • Integração do TDO com outras áreas. 	
9º- Artigo	Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde.
Autor/Ano/Cenário	ARAKAWA, T., et al., 2011/ Brasil.
Tipo de estudo	Estudo avaliativo de recorte quantitativo
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de recursos (humanos, materiais e tempo); • Articulação com outros equipamentos de serviço social; • Qualificação contínua dos profissionais. 	
10º- Artigo	Determinants of Default from Tuberculosis Treatment among Patients with Drug- Susceptible Tuberculosis in Karachi, Pakistan: A Mixed Methods Study.
Autor/Ano/Cenário	CHIDA, N., et al., 2015/ Paquistão.
Tipo de estudo	Estudo transversal com abordagem mista
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
Potencialidades: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um plano individual à pessoa com TB; • Análise do contexto em que se insere a pessoa com TB. Fragilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Custo financeiro do tratamento; 	

	<ul style="list-style-type: none"> Efeitos colaterais da medicação; Crenças religiosas.
11º- Artigo	Directly-Observed and Self-Administered Tuberculosis Treatment in a Chronic, Low-Intensity Conflict Setting in India
Autor/Ano/Cenário	DAS, M., et al., 2014/Índia.
Tipo de estudo	Estudo de coorte observacional retrospectiva quantitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
	<ul style="list-style-type: none"> Atenção centrada na pessoa com TB; Estratégias mais flexíveis; Adaptação ao contexto da pessoa com TB.
12º- Artigo	Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose
Autor/Ano/Cenário	SOUZA, L.M.J., et al., 2014/Brasil
Tipo de estudo	Estudo descritivo com abordagem qualitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
	<ul style="list-style-type: none"> Vínculo e aproximação ao contexto de vida do doente
13º- Artigo	Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose
Autor/Ano/Cenário	SILVA, L.M.C., et al., 2015/Brasil
Tipo de estudo	Estudo de investigação metodológica
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
Potencialidades:	
	<ul style="list-style-type: none"> Educação permanente.
Fragilidades:	
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos humanos
14º- Artigo	Tratamento da tuberculose na visão do usuário
Autor/Ano/Cenário	DIAS, A.A.L., et al., 2013 / Brasil
Tipo de estudo	Estudo clínico-qualitativo
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de um plano terapêutico; Flexibilidade e adequação do TDO; Conhecimento e qualificação profissional; Abordagem de questões sociais.
15º- Artigo	Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado
Autor/Ano/Cenário	ROCHA, G.S.S., et al., 2015/ Brasil
Tipo de estudo	Estudo transversal com abordagem quantitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação de conhecimento e reorientação dos profissionais
16º- Artigo	O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde
Autor/Ano/Cenário	CECÍLIO, H.P.M.; MARCON, S.S., 2016/ Brasil
Tipo de estudo	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de tempo; Qualificação profissional; Integração da equipe de saúde;

<ul style="list-style-type: none"> Capacitação dos profissionais que executam o TDO 	
17º- Artigo	Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro.
Autor/Ano/Cenário	CRUZ, M.M., et al., 2012/Brasil
Tipo de estudo	Estudo de caso com abordagem qualitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> Acomodação em relação ao TDO, por parte das pessoas em tratamento de TB; Aceitabilidade do TDO por parte dos profissionais que o executam 	
18º- Artigo	Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado
Autor/Ano/Cenário	QUEIROZ, E.M., et al., 2012/Brasil.
Tipo de estudo	Estudo transversal de abordagem qualitativa
Aspectos influentes na operacionalização do TDO	
<ul style="list-style-type: none"> Percepção do profissional sobre o TDO 	

A maior parte dos estudos que compõem a revisão pretende realizar a avaliação do TDO principalmente sobre seus aspectos epidemiológicos, ou seja, analisam se houve cura ou abandono de pessoas em TDO, além de estudos que fazem comparações entre o TDO e o TAA, alguns estudos tinham como objetivo identificar os fatores capazes de influenciar no TDO, no entanto, todos estes que foram incluídos na revisão, tratam de pelo menos algum aspecto relacionado a estes fatores, mesmo que não seja o principal objetivo do estudo.

Existem dois tipos de fatores, um relacionado à pessoa adoecida por TB e o outro ao sistema de saúde, o que inclui também os profissionais que trabalham no controle da doença (GONÇALVES, 2012). Nesta revisão pretende-se discutir os aspectos que estão relacionados ao TDO por parte dos profissionais de saúde, porém não temos a intenção de generalizar os achados dos estudos, apenas servirão de auxílio para reconhecer estes principais aspectos e o quanto são influentes no desfecho do TDO.

A **educação permanente** é apontada como um elemento capaz de influenciar diretamente no sucesso do TDO. Nessa ocasião, pode-se promover grupos de trabalho, discussões e reuniões que possibilitem fortalecer a responsabilização pelo tratamento e viabilizar o planejamento das ações a serem desenvolvidas, destacando que uma equipe bem treinada e qualificada é essencial para o gerenciamento dos casos de TB e garantia de estrutura mínima para a sua atuação (CHAUDHRY et al., 2012; GARCIA et al., 2015).

Devido à complexidade que envolve o TDO da TB, a literatura tem apontado diversas **estratégias que visam fortalecer a adesão do doente a essa modalidade de tratamento**, reconhecendo que para o seu êxito é necessária a integração das ações entre os diferentes atores envolvidos no processo (LAVÔR et al., 2016; GARCIA et al., 2015; ARAKAWA et al., 2011). Dentre as estratégias apontadas como importantes a serem integradas na atenção à pessoa acometida pela TB, visando adesão e resultados favoráveis no TDO, inclui-se o fornecimento de cesta básica e vale-transporte, vistos enquanto importantes componentes motivacionais para manter a pessoa no regime terapêutico (ARAKAWA, et al. 2011; CHAUDHRY, 2012) bem como o trabalho em equipe, principalmente na identificação e avaliação do contexto social no qual a pessoa com TB está inserida (CHIDA et al., 2015). Ressalta-se que a análise contextual contribui significativamente para a identificação das fragilidades e potencialidades no cotidiano das famílias e da pessoa adoecida, além de propor a realização de um plano individual para aqueles em tratamento, sugerindo a singularidade da atenção a TB, conforme orientações fornecidas pelo MS (DAS, et al. 2014).

Outro aspecto que compõe a **prática do TDO** e que pode dificultar ou potencializar sua execução é o envolvimento da equipe multidisciplinar na realização do TDO. Garcia et al. (2015) identificou em seu estudo que, quando a busca ativa de casos de TB em situação de abandono foi realizada por uma equipe multidisciplinar, avançou-se para além do controle biológico da doença, dando enfoque também nos aspectos psicossociais do indivíduo, contribuindo para melhoria da adesão e corresponsabilização pelo tratamento da pessoa com TB e sua família.

Destaca-se que, assim como é importante se utilizar de estratégias já existentes para fortalecer a adesão ao TDO, há também a necessidade de incorporar novas estratégias, sendo essencial que o profissional esteja motivado a inovar sua prática para que incorpore novos conhecimentos e práticas nos serviços de saúde que visem atender a cada sujeito segundo suas necessidades. Pode-se, por exemplo, inserir estratégias que visem a flexibilização do local para realização do TDO, acolhimento diferenciado ao doente e intersectorialidade das ações. Para Souza et al. (2014) e Silva et al. (2015), é imprescindível a articulação entre informação, inovação e conhecimento das ações transferidas referentes ao TDO, demandando tempo, planejamento e adaptações para que se obtenha uma **abordagem inovadora** por parte da equipe

Desta forma, o **conhecimento** a respeito do TDO tem papel fundamental para conduzir o aperfeiçoamento das atividades destinadas ao controle da TB (DIAS, 2013). Estudo realizado com profissionais que executam o TDO no município de Belo Horizonte (MG), identificou fragilidades sobre o conhecimento destes, o que pode expressar uma lacuna na capacitação dos mesmos e influenciar no desfecho desfavorável da doença. Os autores concluem que o conhecimento sobre a TB por parte dos profissionais está diretamente relacionado ao alcance das metas propostas pela OMS e reforçam a necessidade de maiores investimentos no que se relaciona à capacitação e aperfeiçoamento das atividades realizadas pelos profissionais que executam o TDO (ROCHA, et al. 2015).

A **percepção da equipe sobre o TDO** também pode ser considerada como um aspecto que influencia na operacionalização do mesmo, pois quando a equipe de saúde não apresenta percepções positivas sobre o TDO, pode se tornar resistente à sua execução. Assim, o reconhecimento do potencial do TDO e sua contribuição para o controle da TB torna-se passo inicial para que o mesmo seja desenvolvido adequadamente, levando em consideração as peculiaridades do indivíduo. Ressalta-se que estudos anteriores tem evidenciado que os profissionais de saúde reconhecem a importância do TDO para o controle da TB, sinalizando a política enquanto forma de aproximar o serviço de saúde das demandas da comunidade. Contudo, há muitos desafios em sua operacionalização, tais como o despreparo, a desmotivação profissional, a falta de tempo, de recursos humanos e transporte. Destacam-se como potencialidades o vínculo e a atuação junto aos Agentes Comunitários de Saúde (CRUZ et al., 2012; CECILIO; MARCO, 2016; QUEIROZ, et al. 2012).

Conforme destacado na literatura, percebe-se que vários elementos como a educação permanente; estratégias que fortaleçam a adesão do doente ao TDO; a prática do TDO; a abordagem inovadora; o conhecimento e a percepção da equipe sobre o TDO têm sido discutidos em diversos estudos, os ressaltando enquanto elementos potencializadores da viabilização do TDO, o que reforça a necessidade de maiores discussões sobre o tema. Ressalta-se, por fim, que a avaliação da TP do TDO será realizada levando em consideração esses elementos que, conforme apontados na literatura, interferem no sucesso dessa política.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

Buscou-se analisar o estado da arte das publicações relacionadas à temática abordada no estudo por meio de uma revisão da literatura, cuja questão norteadora foi formulada por meio da estratégia PICO (*Population; Intervention, Comparison, Outcome*): “Como tem sido a atuação do profissional de saúde em relação ao TDO?”

A partir do estabelecimento da questão, foi realizada a busca e, posteriormente, procedeu-se à seleção de todos os artigos, seguida pela leitura prévia de todos os textos, sendo selecionados apenas aqueles que de fato contribuiriam para refinamento do objeto de estudo. Os artigos selecionados foram categorizados e dispostos em uma tabela para melhor visualização. Após a leitura em profundidade dos estudos selecionados, ocorreu a análise dos resultados e a interpretação dos mesmos.

Para o desenvolvimento desta revisão, foram realizadas buscas em bases de dados da área da saúde e da área multidisciplinar, sendo estas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature* (CINAHL); MEDLINE via *Pubmed* e Scopus, por meio dos seguintes descritores controlados e não controlados: (1) “tuberculose”, (2) “terapia diretamente observada”, (3) “pessoal de saúde”, (4) “política de saúde” e (5) “transferência de política”. Os mesmos descritores foram usados em inglês.

Diferentes estratégias foram traçadas a fim de se buscar por artigos que tratassem do tema, utilizando o operador booleano “AND” para cruzamento entre descritores. No total foram utilizadas 3 estratégias de busca: (1) AND (2) AND (3), (1) AND (2) AND (3) AND (4), (1) AND (2) AND (3) AND (4) AND (5).

As buscas e análises dos artigos foram realizadas entre novembro e dezembro de 2015. Para a seleção dos artigos, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: artigo científico disponível na íntegra, completo e original; publicados no idioma inglês, português e espanhol, com delimitação de período entre 2000 – 2015. Os critérios de exclusão foram: estudos realizados em âmbito hospitalar; usuários como sujeitos de pesquisa; estudos secundários como revisões sistemáticas, além de ter ocorrido a exclusão de artigos repetidos e artigos que não respondessem à questão norteadora.

Dessa forma, para seleção prévia dos artigos, realizou-se a leitura de título e resumo de todas as publicações identificadas. Após a seleção e leitura dos artigos conforme critérios de inclusão e exclusão, os artigos selecionados foram lidos na

íntegra. O fluxograma a seguir (Figura 3) apresenta os números de artigos encontrados, excluídos e selecionados, bem como o número final de artigos que atenderam aos critérios estabelecidos.

Figura 2. Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa da literatura

Fonte: Próprio estudo.

Após a identificação dos artigos que comporiam a revisão, foi feito um fichamento de todos aqueles selecionados, com o intuito de se obter as informações que podem contribuir para responder a pergunta do estudo. Estes foram organizados e analisados descritivamente, abordando os principais resultados evidenciados durante a análise.

Dos estudos incluídos na revisão segundo ano de publicação, o ano de 2008, 2012 e 2013 contaram com uma publicação; 2014 e 2015 contaram com duas publicações/ano; 2009 contou com três publicações.

o ano de 2014 contou com uma publicação; 2008, 2012, 2013 e 2015 contaram com duas publicações/ano; 2009 contou com três publicações. Os estudos foram realizados no Brasil (6), Índia (1), Taiwan (1), Rússia (1), Etiópia (1) e Tanzânia (1), e foram publicados em língua inglesa ou portuguesa. A seguir, os mesmos foram organizados segundo autores, título, periódico, país, ano e objetivo (Tabela 1):

Tabela 1. Apresentação dos estudos incluídos na revisão, segundo autores, título, periódico, país, ano e objetivo (2016)

Referência	Local	Tipo de estudo	Objetivo	Resumo
MONROE, A.A; et al., 2008. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose.	Brasil	Qualitativo	o Analisar o envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde nas ações de controle da tuberculose, ante a percepção dos coordenadores do PCT nove municípios prioritários do Estado de São Paulo.	Os resultados apontaram dificuldades para incorporação das ações de controle da tuberculose, na atenção básica, relacionadas à debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e à visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações no sistema de saúde.
WU, P.S.; et al., 2009. Assessment of Changes in Knowledge and Stigmatization Following Tuberculosis Training Workshops in Taiwan	Taiwan	Quantitativo	Este estudo pesquisou profissionais de saúde antes e após a oficina de DOTS para TB.	Após o treinamento por meio de oficinas sobre DOTS para TB, profissionais de saúde revelaram melhorias no nível de conhecimento e redução do estigma à pessoa em TDO.
VANDAN, N; et al., 2009. Assessment of doctors' knowledge regarding tuberculosis management in Lucknow, India: A public-private	Índia	Quantitativo	Avaliar o conhecimento dos médicos nos setores público e privado no controle da TB e de gestão	Dos 141 médicos, 71% tinham educação médica especializada no tratamento da TB, 60% receberam treinamento e 69% relataram seguir a metodologia da estratégia DOTS para o tratamento da TB. 49% dos médicos que trabalham no setor público e

sector comparison				53% que trabalham no setor privado relataram corretamente todos os sintomas de tuberculose de acordo com as diretrizes propostas. A análise estatística indicou que os médicos do setor público tinham 2,1 vezes mais conhecimento do que os médicos do setor privado.
SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R., 2009. Além do DOTS no controle da TB interface e compartilhamento de necessidades	Brasil	Qualitativo	Analisar os significados que trabalhadores da saúde apresentavam sobre a estratégia DOTS e a sua influência na adesão ao tratamento.	A análise dos depoimentos dos trabalhadores de saúde mostram a necessidade de revisar as políticas e estratégias para o enfrentamento da tuberculose, dentre as quais a forma como se dá o processo de assistência em saúde nas unidades básicas.
WENDLING, A.P.B.; MODENA, C.M.; SCHALL, V.T., 2012. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil.	Brasil	Qualitativa	Investigar, sob a perspectiva de gerentes de Centros de Saúde de Belo Horizonte-Minas Gerais, aspectos relativos ao funcionamento dos serviços que coordenam face ao abandono do tratamento da tuberculose e a viabilidade de cumprir as diretrizes do PCT	Os resultados apontam para dificuldades que os profissionais encontram em colocar em prática as recomendações e orientações do PNCT.
ATUN, R.A., et al., 2005. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes	Rússia	Qualitativo	Analisar as atitudes dos profissionais envolvidos no controle da TB	Os resultados mostram que instituições onde a estratégia DOTS não foi implementada, os trabalhadores de saúde expressaram, de forma ampla, opiniões negativas sobre ela. Isso ocorreu devido à compreensão inadequada sobre a DOTS. A falta de conhecimento geral da estratégia DOTS em contextos onde o DOTS não foi implementado levou a um mal entendimento dos profissionais de saúde sobre a estratégia. Em geral, médicos tinham maior conhecimento sobre DOTS quando comparados com os enfermeiros. Contudo, apesar da maioria dos participantes do estudo expressarem opinião negativa sobre a estratégia DOTS, locais aonde a mesma foi

				implementada, apresentaram vantagens associadas à estratégia, relatando que a padronização do tratamento foi positivo.
SÁ, L.D.; et al., 2013. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família	Brasil	Qualitativo	Analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas por equipes da Estratégia Saúde da Família para o controle da tuberculose	Verificou-se que as ações educativas foram pontuais e pouco expressivas no processo de trabalho das equipes, levando à uma realidade no cenário do estudo, incoerente com as diretrizes e políticas públicas vigentes, uma vez que não atende às recomendações do MS, e deixa a desejar em relação à efetividade da estratégia DOTS.
SOUZA, K.M.J.; SÁ, L.D.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F., 2014. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose	Brasil	Qualitativo	Analisar a transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose sob a perspectiva da Enfermagem.	A transferência do TDO para a ESF, segundo os enfermeiros do estudo, concorreu para uma nova organização do serviço de saúde sobre as ações de controle da TB. O enfermeiro, o agente comunitário de saúde e o técnico de enfermagem destacam-se como implementadores dessa política, desenvolvendo ações múltiplas e acolhedoras. O enfermeiro é evidenciado como educador em saúde, líder na equipe de saúde da família e capaz de produzir vínculo afetivo com o usuário.
MKOPI, A. et al., 2014. Health Worker performance in the implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) strategy under programmatic conditions in Tanzania: a cross sectional study	Tanzânia	Qualitativo	Avaliar o conhecimento dos profissionais, para capturar opiniões sobre fatores que contribuem para a conclusão do tratamento.	A supervisão regular de apoio e a orientação de agentes de saúde pelas autoridades distritais de saúde são indispensáveis para garantir a qualidade dos cuidados de TB. A ampliação das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde, sem qualquer formação, apresenta ser inadequada. Portanto, o não seguimento das diretrizes pelos profissionais de saúde e a falta de supervisão dos mesmos levam à resultados como: o auto tratamento da TB, taxas mais altas de não adesão e um aumento na prevalência de resistência aos medicamentos.
SILVA, L.M.C.; et al., 2015. Elaboração e validação semântica de um instrumento	Brasil	Quantitativo	Descrever o processo de elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do TDO	Na validação do instrumento ATP-IINFCOTB, evidenciou-se um desconhecimento das diretrizes disponibilizadas pela OMS, por parte dos profissionais de saúde, devido

de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose				segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior provenientes de quatro regiões do Brasil.	à falta de consideração como importante itens sobre participação popular, características do território e sobre sua própria motivação em buscar informações relacionadas ao TDO em outras fontes além daquelas disponíveis no local de trabalho.
FISEHA, D. DEMISSIE, M., 2015 Assessment of Directly Observed Therapy (DOT) following tuberculosis regimen change in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study	Etiópia	Qualitativo	Investigar as experiências de pacientes e prestadores de cuidados de saúde na perspectiva da implementação do DOT para o tratamento da TB.		O DOT não foi implementado como recomendado pelo PCT, o que pode aumentar o risco de abandono dos doentes e resultar no desenvolvimento de TBMDR. Os desafios e dificuldades identificados neste estudo podem ser indicativos da situação em outros locais do país.

Fonte: Próprio estudo.

Os estudos aqui abordados são realizados predominantemente entre os 22 países com a maior carga da doença, ou seja, prioritários para o controle da TB, destacando assim um aspecto positivo.

Quanto à natureza dos estudos, a maioria era de pesquisas qualitativas, sendo que apenas dois contavam com abordagem quantitativa. Em relação à coleta de dados, as formas mais utilizadas foram questionário, entrevistas, grupo focal e método combinado (grupo focal e questionário). Em relação aos métodos foram de abordagem quantitativa e qualitativa, com uso dos referenciais teóricos da análise de conteúdo, hermenêutica e análise de discurso.

Dos resultados encontrados, de um modo geral a literatura científica apresenta o TDO enquanto estratégia que possui maior potencialidade para aumentar as taxas de cura da TB e evitar o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, revelando esta modalidade de tratamento supervisionado como elemento ímpar na diminuição das taxas de abandono quando comparada ao tratamento autoadministrado (SOUZA, et al. 2014; MONROE, et al. 2008; SILVA, et al. 2015; FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Os achados da revisão apontam, dessa forma, que existe uma importância dada pelos profissionais de saúde à estratégia DOTS e ao TDO, no que tange ao

combate à TB, e chama a atenção para a importância da qualificação dos recursos humanos na operacionalização das políticas de saúde (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2009; MKOPI et al., 2014). Monroe et al. (2008) reafirma o papel da qualificação dos recursos humanos principalmente devido à transferência de responsabilidade das atividades de TDO para a APS, e cita este como fator capaz de comprometer a capacidade resolutive dos serviços.

O estudo de Wu et al. (2009) realizado em Taiwan revelou a profundidade de conhecimentos dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB, onde os autores concluem que as oficinas de capacitação foram eficazes para a promoção do conhecimento e eliminação da estigmatização da doença pelos profissionais de saúde.

Nessa mesma linha, Mkopi et al., (2014), identificou deficiências e desafios na implementação da estratégia DOTS na Tanzânia, mobilizando para a importância do treinamento regular dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à TB.

Enquanto isso, o estudo de Atun et al. (2005), conduzido na Rússia, lança mão de métodos qualitativos de investigação para explorar atitudes dos profissionais envolvidos no controle da TB, revelando atitudes negativas devido à compreensão inadequada da estratégia DOTS, com visão menos ampliada e mais “diretiva”, além de realizar o tratamento padronizado a todos doentes de TB, não pautando o tratamento segundo uma perspectiva individualizada.

Na Etiópia, Fiseha e Demissie (2015) constatou que a estratégia DOTS não estava sendo implementada conforme o que é preconizado, acarretando em um risco para o aumento da não adesão do doente de TB ao tratamento. No entanto, por meio das percepções dos profissionais que realizam o TDO, as barreiras apresentadas no estudo eram voltadas às limitações físicas e aos problemas organizacionais, como a falta de transporte e distância entre as residências e o serviço de saúde.

O estudo de Sanchez e Bertolozzi (2009) revela, à partir da análise dos depoimentos dos trabalhadores de saúde, a necessidade de revisar as políticas e estratégias para o enfrentamento da TB, dentre estas, a forma como se dá o processo de assistência à saúde na UBS. Além disso, o estudo também revelou que, apesar de esforços dos municípios em operacionalizar a estratégia DOTS, é necessário rever o gerenciamento dos recursos e o planejamento das ações para o oferecimento do DOTS em diferentes cenários e, assim, considerar a estratégia DOTS como uma

política voluntária, capaz de articular a compreensão da realidade de vida para responder às necessidades sociais e de saúde.

Apesar da existência de políticas e recomendações, especialmente advindas da OMS, percebe-se que muitos profissionais de saúde não seguem estas políticas como o preconizado, além de revelar que existe um déficit na qualificação profissional, tendo em vista o pouco conhecimento que os mesmos apresentam sobre as políticas de saúde, bem como a falta de um olhar ampliado para a assistência e de empoderamento da pessoa com TB (WENDLING; SCHALL, 2012; SÁ et al., 2013; SILVA et al., 2015; VANDAN et al., 2009).

No entanto, alguns estudos ressaltavam a importância da educação permanente no que tange ao cumprimento e execução adequada das políticas de saúde e analisavam o sucesso da política do TDO já implantada (SÁ et al., 2013; SOUZA et al., 2014; MKOPI et al., 2014).

Dentre os estudos analisados sobre a atuação dos profissionais de saúde, somente o estudo de Souza et al. (2014) e Silva et al. (2015) versaram sobre o processo de TP do TDO.

O estudo de Souza et al. (2014) avaliou a transferência do TDO de acordo com o discurso do profissional enfermeiro, mostrando a necessidade do processo da transferência de política fornecer informações para que na operacionalização do TDO os profissionais de saúde julguem relevante considerar o contexto de vida do doente de TB e sua família.

O estudo de Silva et al. (2015) validou semanticamente um instrumento de avaliação da Transferência do TDO, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de nível médio e superior. Nesse estudo, apesar de ser um estudo sobre validação de instrumento, os autores revelaram que existem fragilidades na percepção dos profissionais em relação às diretrizes disponibilizadas pela OMS e incorporadas à realidade local pelo MS brasileiro. Além disso, o estudo traz que ações importantes para a transferência do TDO como a participação popular e as características específicas do território, que não foram consideradas pelos profissionais de saúde.

Considerando a importância desses atores nesse processo, surge a necessidade de compreender como as ações relativas ao TDO vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais de saúde, no sentido de compreender os aspectos que podem influenciar em sua manutenção e expansão.

Nesse sentido, tendo em vista a escassez de estudos sobre a atuação dos profissionais de saúde, sobretudo em relação à avaliação das ações para manutenção e expansão do TDO, somada a existência de um instrumento validado composto por itens que ajudam a compreender esse processo de TP no contexto local, espera-se contribuir para a compreensão de aspectos que interferem nas ações de controle da TB.

JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

3 JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

A literatura revelou diversos estudos relacionados ao TDO, entretanto, a maioria deles analisou segundo a perspectiva do doente em tratamento. Por sua vez, aqueles que se propuseram a analisar o TDO na perspectiva do profissional, limitaram-se a identificar as barreiras do mesmo no cotidiano, não voltando a análise à perspectiva da Transferência de Políticas (TP).

Nesse sentido, a incipiência do tema a partir da TP, segundo a perspectiva de profissionais de saúde, faz do presente estudo uma oportunidade de aprofundamento e disseminação do conhecimento científico. Além disso, as ações apontadas como desfavoráveis podem se constituir como instrumento para nortear os gestores, profissionais de saúde e sociedade civil e organizada, a buscar o aperfeiçoamento das ações de controle da TB e a consequente reestruturação e fortalecimento dos serviços de saúde.

Parte-se do pressuposto de que a TP do TDO ocorre de forma distinta, a depender dos cenários locais, da organização das redes de atenção à saúde e do tipo de unidade de saúde. Essa hipótese se sustenta nas evidências científicas de que são mostradas fragilidades e potencialidades na condução e organização das ações do TDO de forma heterogênea em diferentes cenários (OLIVEIRA et al., 2015; QUEIROZ et al., 2012). Assim, a presente investigação foi desenvolvida como intuito de responder a seguinte questão norteadora: **Como ocorre a transferência da política do TDO na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam em dois municípios localizados no interior do estado de São Paulo?**

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, em dois municípios do interior paulista.

4.2 Específicos

- ✓ Caracterizar os profissionais das equipes de saúde da Atenção Primária à saúde que atuam no controle da tuberculose, segundo informações sociodemográficas (sexo e formação profissional);
- ✓ Analisar as ações de transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose;
- ✓ Realizar uma análise comparativa dos municípios e tipos de unidade em relação a transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose;
- ✓ Apresentar as diferenças dos municípios em termos de Transferência de Políticas do tratamento diretamente observado da tuberculose, considerando seus resultados desfavoráveis;
- ✓ Apresentar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao controle da TB nos municípios estudados.

REFERENCIAL TEÓRICO

5 REFERENCIAL TEÓRICO: TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS

A Transferência de Políticas (TP) é uma característica cada vez mais importante no processo de elaboração e análise de políticas públicas contemporâneas. Por isso, este tema vem sendo discutido em âmbito nacional e internacional (DOLOWITZ, 2000).

Os estudos da TP tiveram início na década de 1940. Entretanto, é sabido que a TP não é um fenômeno recente, podendo ser identificada até mesmo antes das civilizações, quando homens provavelmente transferiam suas ideias aos outros se percebidas técnicas mais efetivas durante as caças (DOLOWITZ, 2003).

Com as possibilidades de troca de informações e o rápido crescimento dos meios de comunicações, é possível promover uma maior facilidade na troca de ideias e experiências, o que potencializa a TP. Dessa forma, a globalização tem se tornado um fator intensificador para a TP (DE JONG et al., 2002; EVANS, 2004; DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Na década de 60, investigações sobre TP começaram a crescer, com foco nas políticas americanas, o que apresenta que as pesquisas da área têm suas raízes na análise comparativa de políticas nos Estados Unidos da América (EUA) para o Reino Unido (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Mais tardiamente, estudos com essa temática também ocorreriam em países menos desenvolvidos (DOLOWITZ; MARSH, 1998; EVANS; DAVIES, 1999). No entanto, embora ainda incipiente em estudos nacionais, a TP vem ganhando forças e pesquisas relacionadas, permitindo observar que ocorreu um crescimento exponencial de estudos voltados a essa temática entre o final dos anos 90 e meados de 2000 (DOLOWITZ, 2003).

Dolowitz e Marsh (1996) definem a TP como (tradução nossa):

“um processo no qual o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos, instituições, etc. em um tempo e/ou espaço é usado no desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos e instituições em outro tempo e/ou espaço”.

Como se pode observar, a TP não se reduz a um processo no qual ocorre o movimento de uma política de um lugar para outro, levando em consideração apenas

os conhecimentos interinstitucionais, mas também considera a dimensão espacial e temporal (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Embora quase toda política possa ser transferida de um sistema político para outro, dependendo da questão ou situação envolvida, Dolowitz, Greenwold e Marsh (1999) listaram categorias que determinam os objetos para a TP, a saber: metas políticas, conteúdo político, instrumentos políticos, programas políticos, instituições, ideologias, ideias e atitudes, bem como lições negativas. Essas categorias funcionam sistematicamente como objetos da TP e auxiliam em seu entendimento, tendo em vista que esclarecem “o que” propriamente deve ser transferido.

Para Evans e Davis (1999), o elemento essencial da TP é sua intencionalidade, tornando este um agente primordial tanto para os processos voluntários como para os coercitivos. A forma voluntária ocorre quando uma política é implementada por desejo e de forma intencional, e a coercitiva por sua vez, não corre totalmente intencional pois, existe uma obrigatoriedade de implementar a política (OGDEN; WALT; LUSH, 2003). Por conseguinte, a intencionalidade deve ser atribuída ao Estado/instituição/ator de origem (emissor), ao Estado/instituição/ator receptor, a ambos, ou ainda a um terceiro Estado/instituição/ator.

Nesse contexto, chama atenção a atenção a ressalva que Evans (2004) faz a respeito da TP voluntária, mencionando que, por mais que se enxergue a transferência em uma “troca” ou negociação, ainda assim, tal processo permanecerá coercitivo, exemplificando que o país não tem a liberdade de escolha. Para isso, Ogden; Walt; Lush (2003) argumentam que as políticas advindas com certa rigidez de “cima para baixo”, conseguem até certo ponto apresentar a TP, mas essa transferência não necessariamente será implementada com êxito.

No que diz respeito à transferência coercitiva, existem dois tipos: “transferência coercitiva direta,” que caracteriza a transferência forçada de uma política, e a “transferência coercitiva indireta”, que resulta da interconexão mútua entre estados. No primeiro tipo, Stone (2004), associou o modo de coerção com as atividades de estados poderosos ou organizações internacionais como o Banco Mundial, quando estes procuram impor suas políticas a outros atores, ocorrendo assim a adoção de políticas em troca de investimento. No segundo caso, a coerção indireta está ligada ao receio do governo em não acompanhar os outros países, sofrendo uma pressão para unir-se a outras políticas e programas implementados (DOLOWITZ; MARSH, 1996; EVANS, 2009).

A TP pode ocorrer de um país para outro, dentro do próprio país, entre unidades subnacionais, em nível regional, estadual e local, não deixando de considerar as condições ideológicas e de recursos. Exemplo disso foi a TP entre EUA e Reino Unido, que possuíam posições ideológicas semelhantes, condição que favorece o processo de transferência de uma determinada política (DOLOWITZ; MARSH 1996).

Nesta ocasião, Dolowitz; Marsh (1996) se basearam em Rose (1993) para definir os graus de transferência. Para os autores, existem basicamente quatro níveis diferentes da TP: cópia, emulação, hibridização e síntese e inspiração. A cópia envolveria a transferência direta e completa da política; a emulação, por sua vez, significa a transferência de ideias e princípios da política ou programa, nesse caso, ocorre apenas a transferência de ideias para a estruturação de uma política ou programa, não ocorrendo a transferência inteiramente; a hibridização e síntese consiste na combinação de diferentes ideias para originar novas políticas; a inspiração ocorre quando uma determinada política inspira a formulação de outra (ROSE, 1993; DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Os agentes mais comumente envolvidos na TP são também importantes para se compreender este processo. Segundo Dolowitz e Marsh (1996), esses agentes podem ser: funcionários eleitos; partidos políticos; burocratas/funcionários, grupo de pressão, empresários/especialistas em política e instituições supranacionais.

Camacho (2011) define o papel de cada um desses atores envolvidos, com base em Dolowitz e Marsh (2000) e Evans (2009). Entende-se que estes devem estabelecer parâmetros para o discurso político e apoiar a adoção de novos programas.

Os gestores de políticas públicas atuam no desenvolvimento de novos programas, políticas e estruturas institucionais, fundamentando naquilo que é considerado como “a melhor prática”. O consultor político, tem o papel intermediador entre o receptor da transferência e a organização que estimula este processo. As instituições supranacionais possuem o papel central na difusão de políticas monetárias estrangeiras aos países não desenvolvidos. Contudo, corporações transnacionais, na posição de mercado, podem forçar o governo a aderir transferências, advertindo que deixará o país, caso não seja feita (DOLOWITZ, MARSH, 1996).

Este é um exemplo de transferência de política coercitiva tendo em vista que uma dada organização é obrigada a executar tal política. Em relação a este tipo de transferência, podemos pensar na falha que pode levar quando esta não ocorre de

forma voluntária, merecendo atenção especialmente nos países em desenvolvimento, ou seja, aqueles dependentes de agência externa para seu financiamento (MARTINEZ, 2006). Nesta ocasião, muitas vezes a transferência passa a ser motivada pelos repasses financeiros o que compromete a execução da política e deixa de ser realizada como o preconizado. Por isso, é necessário compreender o modo como as políticas são transferidas, por uma série de razões, mas principalmente, devido à “apropriação” das mesmas, que quando não existe, pode resultar em déficit ou falha de sua implementação (OGDEN; WALT; LUSH, 2003)

Essas variações sobre o modo com que ocorre a TP devem ser analisadas pelos agentes envolvidos neste processo. Cabe destacar que não se deve apenas observar o que é transferido, a fim de considerar as motivações inerentes destes agentes tomadores de decisão. As razões pelas quais os diferentes sujeitos se envolvem com a TP também podem variar, podendo ser na perspectiva de se obter justificativas para a tomada de decisão ou para busca de soluções para a resolução de problemas políticos (DOLOWITZ, 2003).

Para Evans (2004), existem quatro abordagens empregadas ao estudo da TP: centradas no processo, ideacional, comparativa e multinível. Neste estudo será adotada a última abordagem (multinível) como meio de compreender o processo interativo da TP e analisar os efeitos em qualquer nível de governança – macro, meso e micropolítico. Especificamente, focar-se-á o processo de TP em nível micropolítico, a fim de compreender as ações, os interesses envolvidos e as modificações nas periferias dos sistemas de saúde e dos serviços que os compõe.

Sendo assim, se realizará nesse estudo a análise da TP do TDO, na qual as ações de controle da TB, especificamente o TDO, são realizadas em nível micropolítico e de forma descentralizada. Para compreender como ocorreu este processo, será adotado como referencial teórico, os estudos de Dolowitz e Marsh (2000), os quais propõem um modelo de TP baseado em um conjunto de questionamentos, sendo um deles direcionado ao entendimento dos fatores envolvidos no processo de transferência de uma política pública, a qual se propõe neste estudo.

Os estudos da TP pretendem compreender o processo de decisão, os atores envolvidos na transferência e implementação de um programa ou política, assim como os aspectos relacionados às possíveis falhas que possam ocorrer nessas políticas (EVANS, 2010).

Estudo realizado por Freeman (1999) compõe análises sobre a TP na área da saúde. Posteriormente, surgiram outros autores que versassem sobre temas relacionados à saúde, como Bissel; Lee; Freeman (2011), que propõem um modelo de processo de TP para o uso em pesquisa operacional, baseado nos questionamentos de Dolowitz e Marsh (2000) e o modelo proposto por Rogers (1995), apresentado na Figura 3.

Figura 3. Modelo de análise da transferência de políticas de saúde

Fonte: Bissel; Lee; Freeman (2011)

Este considera cinco características influenciáveis no processo de TP, sendo estas: tomada de decisão; conhecimento/aprendizagem; persuasão; implementação e manutenção/expansão.

- Tomada de decisão: adentra na situação política atual, podendo ser influenciada por políticas passadas, políticas relacionadas ou concorrentes, a cultura de pesquisa e formulação de política. Nesta etapa assinala as principais decisões sobre adotar ou rejeitar uma política ou inovação;
- Conhecimento/aprendizagem: esta etapa inclui decisões sobre quais conhecimentos e tipos de aprendizagem são necessários, como o conhecimento é adquirido, validado, compartilhado e como a aprendizagem continua ao longo do processo;

- Persuasão: o modo como as pessoas ou organizações persuadirão os outros ou são persuadidos para adotar uma política e/ou para fornecer um ambiente facilitador para a sua transferência. Isso inclui, por exemplo, a motivação dos implementadores, obtendo tópicos sobre agendas e advocacia políticas e sociais;
- Implementação: esta etapa inclui toda a atividade relacionada com a nova política a ser colocada em prática. O foco não é sobre os detalhes técnicos, mas na compreensão dos processos de execução e adaptação, os quais podem ser pensados como apropriação, reinvenção ou tradução;
- Manutenção/expansão: esta é a atividade de continuação de uma política uma vez implementada, e como ela é expandida.

Cabe destacar que apesar de possuir fases, este modelo não é linear e por isso, as etapas podem ocorrer ao mesmo tempo, ao passo que podem se tornar lentas, parar em qualquer atividade ou ainda repeti-las.

Para a presente investigação, será avaliada a última fase da TP, manutenção e expansão, tendo em vista que o TDO em ambos os município já se encontra implementado (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Recentemente, após um levantamento na literatura que teve como recorte temporal as produções dos últimos dez anos sobre a TP, identificou-se 11 estudos, merecendo destaque o de Oliveira et al. (2015); Oliveira et al. (2016); Souza et.al., (2014); Peruhype (2014); Silva et al. (2015); Silva (2016) que têm contribuído para o estudo da TP do TDO, expressando um importante avanço na compreensão e aprofundamento relacionado à temática.

Estes estudos contribuem para a compreensão acerca dos aspectos que envolvem a TP, identificando fragilidades ou potencialidades neste processo. Identifica-se que, na operacionalização do TDO, o profissional de saúde que o executa deve ter todas as informações necessárias sobre a política transferida, chamando também a atenção para um aspecto importante na TP: a educação permanente, confirmando que a atualização do conhecimento dos profissionais que executam esta política contribui fortemente para o seu sucesso (SOUZA, 2014; SILVA, 2015).

Peruhype (2015) aponta fragilidades em Porto Alegre, que ocorrem provavelmente pela falta de qualificação profissional, despreparo do profissional em

implementar a política, falta de incentivos financeiros e infraestrutura inadequada. Ressalta ainda que neste cenário, ocorre uma mistura de TP coercitiva e voluntária.

Silva et al. (2015) destaca a articulação entre gestão e equipe que atuam com o TDO como meio de melhorar o trabalho e, assim, refletir sobre a prática profissional, além de proporcionar melhora na assistência prestada à pessoa com TB, o que tem potencial para resultar no êxito do TDO e, consequentemente, do tratamento.

Para analisar a TP, é necessário pensar na percepção dos atores envolvidos nesse processo. Evans (2004) reafirma esse ponto, quando argumenta sobre o impacto que o conhecimento e as lições adotadas possuem em um novo ambiente político, sendo necessário que os formuladores e atores envolvidos na TP tenham conhecimentos que os instrumentalizem a perceber os fatores e as razões que podem influenciar na TP, resultando muitas vezes em uma política transferida sem propriedade, ou até mesmo com erros ou falhas em sua implantação, o que pode comprometer sua efetividade.

Dessa forma, compreender os entremeios do processo de TP do TDO por meio dos elementos que envolvem sua implantação, considerando, sobretudo, aqueles que podem ocasionar o sucesso ou a falha desta TP, auxiliará na identificação dos aspectos passíveis de intervenção para o aperfeiçoamento da prática do TDO nos serviços de saúde, o que reveste de importância o presente estudo.

MATERIAL E MÉTODO

6 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico de pesquisa denominado “Avaliação da transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”, aprovado e financiado pelo CNPq por meio do edital Universal – CNPq nº 458083/2014-3

6.1 Tipo de Abordagem

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, epidemiológico, do tipo descritivo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; FRANCO; PASSOS, 2011).

6.2 Caracterização dos Locais de Estudo

O estudo foi realizado nos municípios de Indaiatuba e Piracicaba, situados no estado de São Paulo (SP). Tais municípios são prioritários para o controle da TB, segundo critérios definidos pelo próprio Estado e possuem em comum, as seguintes características:

1. Possuem população maior do que 100.000 habitantes (IBGE, 2016 a, b);
2. Apresentam desenhos organizacionais semelhantes para o controle da TB – atenção descentralizada distribuída em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF);
3. Contam com equipes que executam ações de controle da TB compostas por profissionais de nível médio de enfermagem (auxiliares e técnicos), enfermeiros e médicos.

Existem dois tipos diferentes de arranjos organizacionais das unidades de saúde que compõem os cenários do estudo:

- Unidade Básica de Saúde (UBS): propõe realizar acolhimento de enfermagem, consultas médicas nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia

e obstetrícia, exames complementares básicos (coleta de sangue, urina), farmácia, acompanhamento de usuários com doenças crônico-degenerativas, administração de medicamentos, pequenos curativos, vacinação, visitas domiciliares em casos específicos, exames de eletrocardiograma, cadastro para deficientes em transporte coletivo intermunicipal (EMTU) consultas e tratamentos odontológicos. As equipes de saúde são fixas e não realizam visita domiciliar. Possui extensa área demográfica de atendimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA, 2016; PREFEITURA DE PIRACICABA, 2016);

- Estratégia Saúde da Família (ESF): possui enfoque nas características da APS e contribui significativamente para reorganizar os serviços de saúde que compõem o SUS. ESFs possuem serviços de acolhimento, consultas médicas, administração de medicamentos, atendimentos de pequenos curativos, tratamento odontológico, visitas domiciliares, além do tratamento e acompanhamento de algumas doenças. Em ambos os municípios a maioria das ESFs eram compostas pelos seguintes profissionais: médico (generalista ou especialista em saúde da família), enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, em alguns casos, profissional de saúde bucal. As equipes de saúde são caracterizadas por sua mobilidade para realização das ações de saúde e realizam visitas domiciliares. Possuem menor número de população por áreas de abrangência, com no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área por equipe de saúde da família (BRASIL, 2012b).

Cabe ressaltar que há particularidades em cada um desses serviços, as quais podem refletir nas ações de saúde, na constituição das equipes responsáveis pelo acompanhamento dos casos de TB, serviços de apoio, população alvo, densidade tecnológica e tipo de coordenação da assistência.

As características sociais e econômicas dos municípios são apresentadas na Tabela 2:

Tabela 2. Indicadores sociais e econômicos de ambos os municípios do estudo

INDICADORES	MUNICÍPIOS	ANO	INDICES
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Indaiatuba	2010	0,788
	Piracicaba	2010	0,785
Índice de Gini	Indaiatuba	2010	0,476
	Piracicaba	2010	0,529
Esperança de vida ao nascer	Indaiatuba	2010	75,22
	Piracicaba	2010	75,88
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais (%)	Indaiatuba	2010	3,38
	Piracicaba	2010	3,10
População de extrema pobreza	Indaiatuba	2010	1,1
	Piracicaba	2010	1,9
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)	Indaiatuba	2012	Grupo 1 *
	Piracicaba	2012	Grupo 1 *
IPRS – Dimensão Riqueza	Indaiatuba	2012	47
	Piracicaba	2012	46
IPRS – Dimensão Longevidade	Indaiatuba	2012	72
	Piracicaba	2012	69
IPRS – Dimensão Escolaridade	Indaiatuba	2012	63
	Piracicaba	2012	58

Legenda: * Município com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2010; Fundação SEADE – Informações dos Municípios Paulistas, 2017; Confederação Nacional dos Municípios, 2014a,b; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013).

De acordo com o IDH, os dois municípios estudados estão na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDH entre 0,700 e 0,799) e se apresentam acima da média brasileira (0,75) (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

O IPRS que exprime o conjunto de dimensões para mensurar as condições de vida da população, levando em conta as condições de riqueza, longevidade e escolaridade, apresenta os dois municípios como bons em níveis sócios econômicos (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

O Índice de Gini, pouco mais elevado no município de Piracicaba, é um importante indicador para sugerir que o município venha a apresentar problemas focalizados, principalmente na periferia, considerando as condições de extrema pobreza da população (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Os indicadores sociais e econômicos, ilustrados na Tabela 2, embute a conotação social determinante do processo saúde-doença, pois permite obter um quadro inicial dos grupos mais afetados e sugerir as principais doenças e agravos a esta população. Ao considerar a TB enquanto uma doença de determinação social, faz refletir o modo que estes fatores podem influenciar para a vulnerabilidade da população e propensão à doença.

Os Indicadores de TB por município podem ser visualizados na Figura 4.

Figura 4. Mapa dos municípios estudados segundo indicadores da doença, 2015

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, 2017; Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, 2016.

A taxa de incidência da TB em Piracicaba se mostrou elevada, o que caracteriza a situação epidemiológica considerada de médio risco (CLANCY et al., 1991). Outro motivo de preocupação no município refere-se à alta taxa de abandono (9,7%) e baixa

taxa de cura (77,59%). Tais valores se aproximam ou até mesmo superam a taxa nacional (cura de 74,2% e abandono 11,0%) (BRASIL, 2016a), constituindo um cenário alarmante que necessita de intensificação das ações de prevenção e assistência à TB.

Quanto ao município de Indaiatuba, que embora não tenha apresentado mortalidade no ano de 2015, a taxa de cura foi de 81,58%, o que expressa valor abaixo do recomendado pelo MS (85%) (BRASIL, 2015).

6.2.1 Indaiatuba

Indaiatuba é um município situado no interior do estado de São Paulo, localizado a 90 km da capital paulista. A cidade tem extensão territorial de aproximadamente 311,55 Km² e uma alta densidade demográfica de 735,86 habitantes por Km². A população estimada para 2016 correspondeu a 235.367 habitantes, dos quais 98,99% viviam em áreas urbanas (FUNDAÇÃO SEADE, 2017).

No que diz respeito à rede municipal de saúde, o município conta com uma estrutura composta por: 7 UBS; 7 ESF; uma Unidade de Vigilância em Saúde; 1 Ambulatório de Especialidades – Hospital Dia; 1 laboratório de exames; 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil; 1 CAPS II e 1 CAPS AD; 1 centro odontológico e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (INDAIATUBA, 2015).

A APS é composta pela UBS e ESF e constitui uma cobertura populacional de 49,29% (111.700 habitantes) da população total (SAGE, 2015). As equipes de saúde da família passaram a compor os serviços de saúde a partir de 2000 e atualmente com base nos dados do Departamento de Atenção Básica referente ao mês de novembro de 2016, o município possui 20 equipes de saúde da família, perfazendo uma cobertura populacional de 32,88% (69.000 mil habitantes).

A atenção à TB no município encontra-se de forma descentralizada para a APS que, por sua vez, está constituída por equipes de saúde incumbidas em realizar o diagnóstico, manejo clínico dos casos, consulta médica e realização de TDO, que em 2015, cobriu 89,4% dos casos de TB. Ao Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas (MI), situado no Hospital Dia, compete realizar o acompanhamento de pessoas em retratamento, recidiva, ou co-infectados por outras doenças.

A atenção à pessoa em TDO na APS é atribuída ao profissional enfermeiro, ao médico e ao técnico e/ou auxiliar em enfermagem.

Realiza-se a detecção de casos, por meio da baciloscopia de escarro e manejo dos casos (positivo - encaminhamento para APS, negativo - investigação do caso e realização de outros exames). O município dispõe de apenas um laboratório municipal para a realização da análise bacteriológica da doença. A Figura 5 ilustra o itinerário da pessoa com TB, desde o início dos sintomas até o acompanhamento dos casos.

Figura 5. Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório na rede de atenção à TB no município de Indaiatuba, 2016.

Fonte: próprio estudo.

6.2.2 Piracicaba

O município no interior do estado de São Paulo, localiza-se a noroeste da capital do Estado, distando desta cerca de 164 km. Piracicaba possui extensão territorial de aproximadamente 1.378,07km² e conta com uma densidade demográfica de 276,11 habitantes por Km². Estimou-se para 2016, uma população de 394.419 habitantes, sendo que destes, 98,10% viviam em área de urbanização (FUNDAÇÃO SEADE, 2017; IBGE, 2016).

Em se tratando de estabelecimentos de saúde, o município possui um total de 971 estabelecimentos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016b), sendo a rede de atenção municipal constituída por: 2 hospitais gerais, 7 unidades móveis de urgência; 1 Centro de Atenção Psicossocial; 1 Ambulatório de Saúde do trabalhador; 4 Pronto Atendimento (PA); 1 Centro de Doenças Infecto Contagiosas (CEDIC) e uma central de regulação (BRASIL, 2015). Possui 70 estabelecimentos de APS em funcionamento (11 UBS; 51 ESF); 8 Centros de Referência em Atenção Básica (CRAB), assegurando uma cobertura pela APS de 63,21% da população (SAGE, 2015).

Ressalta-se que o CRAB, para efeito de análise, foi considerado como UBS, tendo em vista que possui características organizacionais similares.

As equipes de saúde da família compõem os serviços de ESF no município desde 2000. Atualmente possui 50 equipes de saúde da família totalizando uma cobertura populacional de 44,7% (165.600 mil hab.) (BRASIL, 2016c).

O município encontra-se dividido em cinco macrorregiões que compõem o sistema municipal de atenção à saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural). Cada região comporta as ESF, UBS e PA.

A interação entre os profissionais de saúde destes diferentes serviços ocorre por meio de reuniões mensais promovidas pela SMS, onde são abordadas diferentes temáticas (saúde da mulher, criança, tuberculose, etc.) que se constitui enquanto um espaço de aprendizagem, atualização, trocas de informações capazes de subsidiarem a prática profissional. Dessa forma, ressalta-se que o profissional incumbido de participar ativamente nestas reuniões e reproduzir o conteúdo e capacitações aos demais membros da equipe do serviço em que trabalha, é o enfermeiro.

A atenção à TB no município encontra-se parcialmente descentralizada, constituída por um ambulatório de referência (CEDIC) e unidades da APS (UBS e

ESF). Esses serviços operam com equipes de saúde que realizam atividades voltadas ao diagnóstico, manejo clínico dos casos, consulta médica e realização de TDO, que em 2015, cobriu 73,5 % dos casos de TB.

O TDO ocorre nas unidades de APS atribuída apenas ao profissional enfermeiro, tendo em vista que as consultas médicas acontecem mensalmente no CEDIC e são conduzidas por um infectologista.

A detecção de casos também é realizada por meio da baciloscopia de escarro e manejo dos casos. Para isso, o município dispõe de apenas um laboratório municipal para a realização da análise bacteriológica da doença. O itinerário da pessoa com TB pode ser observado na Figura 6.

Figura 6. Fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório na rede de atenção à TB no município de Piracicaba, 2016.

Fonte: próprio estudo

6.3 Participantes do Estudo e Critérios de Inclusão

O questionário “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose” - ATP-IINFOC-TB (ANEXO I) foi aplicado a todos os profissionais de saúde, abrangendo profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e nível médio (técnicos/auxiliares de enfermagem) que estão envolvidos com as ações de controle da TB nos diferentes cenários que contemplam o estudo, considerando a equipe mínima de APS (1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem). Cabe destacar a importância desses profissionais de saúde para a viabilização das ações de controle da doença (BRASIL, 2011a; CARDOZO GONZÁLES et al., 2008; QUEIROZ; BERTOLOZZI 2010; QUEIROZ et al. 2012).

Foram respeitados os critérios de inclusão do estudo, tais como profissionais envolvidos com o TDO em suas unidades de saúde que estivessem em exercício de suas funções no momento da coleta de dados e com experiência de no mínimo seis meses com o tratamento da TB, na unidade de saúde do município. Excluíram-se automaticamente os profissionais em férias ou afastamento por licença-saúde.

A estimativa do número total de profissionais a participarem do estudo foi realizada com base no número de unidades de saúde de ambos os municípios e pelas informações fornecidas pelas SMS. Em Indaiatuba, a equipe envolvida com o TDO é composta por: enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem, o que totaliza um número de 63 profissionais, e destes, 73% participaram do estudo. Em Piracicaba, o profissional envolvido no TDO é o enfermeiro, o que totaliza 70 profissionais de saúde. Destes, 77,1% participaram do estudo. Deste modo, estimou-se inicialmente a participação de 133 profissionais de saúde nos dois cenários, destes, 98 satisfizeram o critério de inclusão da pesquisa.

6.4 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados a partir de fontes primárias por meio do instrumento ATP-IINFOC-TB, constituído como instrumento oficial de pesquisa do projeto multicêntrico ao qual esta pesquisa encontra-se vinculada.

O instrumento foi elaborado e validado por pesquisadores do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) (SILVA, 2016).

O mesmo busca avaliar a transferência das informações relacionadas ao TDO para a TB da gestão para os serviços de saúde, a incorporação desse conhecimento por parte dos profissionais de nível médio e superior (auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) e, por fim, a inovação (que consiste na incorporação dessa prática pelos profissionais de saúde em seu trabalho cotidiano) (SILVA, 2016).

O questionário é composto por duas partes. A primeira refere-se ao perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, contemplando informações como sexo, data de nascimento e tempo em que exerce a atual função.

A segunda é composta por 39 itens, que juntos contemplam três dimensões: informação, conhecimento e inovação. Os itens foram escalonados segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos cujos valores vão de 1 a 5, desde 1 – discordo; 2 – discordo parcialmente; 3 – indiferente; 4 – concordo parcialmente; 5 – concordo. O questionário é autoaplicável e com duração, em média, de 20 minutos.

Para este estudo, o questionário considerou seis domínios fundamentados na revisão de literatura sobre os fatores que interferem na prática do TDO, os quais podem ser visualizados no Quadro 2.

Quadro 2. Instrumento da coleta de dados (ATP-IINFOC-TB) dividido por domínios

DOMÍNIOS	ITENS DO INSTRUMENTO
Compreensão sobre o TDO	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.
Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO	19 - Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde
	30 - 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).
	32 - A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).
	35 - Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).
	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.
Percepção da equipe sobre o TDO	13 - Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.
	18 - A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.
	23 - O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.

	<p>28 - Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.</p> <p>33 - O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB na unidade de saúde em que trabalho.</p>
Prática do TDO	<p>24 - Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.</p> <p>25 - Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.</p> <p>26 - O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.</p> <p>34 - Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.</p> <p>39 - Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.</p>
Inovação	<p>3 - A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho</p> <p>8- As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.</p> <p>29 - A unidade de saúde em que trabalho criou novas estratégias para trabalhar com o TDO.</p> <p>31 - Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa</p> <p>36 - Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.</p>
Educação permanente	<p>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.</p> <p>2 - O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho</p> <p>6- Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.</p> <p>7 - Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).</p> <p>9- Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).</p> <p>14 - A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO</p> <p>15-Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.</p> <p>16 - A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.</p> <p>17 - Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.</p> <p>37 - Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.</p>

O domínio “Compreensão sobre o TDO” analisou a compreensão que os profissionais de saúde possuem em relação ao TDO, ressaltando o conhecimento sobre os protocolos e diretrizes propostas pela OMS.

O domínio “Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO” analisou a compreensão sobre as estratégias que os profissionais de saúde utilizam nas unidades de saúde em que trabalham, envolvendo aquelas para promover adesão à

pessoa com TB ao TDO, recursos comunitários, ações intersetoriais e percepção das dificuldades.

O domínio “Percepção da equipe sobre o TDO” analisou como o profissional de saúde percebe a equipe em relação TDO, se o consideram importante, se considera necessária à realização de um plano de cuidado individual para pessoa em TDO, reconhecendo o TDO enquanto uma prática que qualifica a assistência e promove a saúde da pessoa com TB.

O domínio “Prática do TDO” buscou compreender as ações realizadas cotidianamente que foram percebidas pelo profissional de saúde como a existência de plano, a autonomia da pessoa com TB na escolha de seu tratamento, a realização do TDO de forma multiprofissional e adaptação da área de abrangência.

No domínio “Inovação” buscou compreender se o profissional de saúde considera que a unidade de saúde em que trabalha e/ou a equipe desenvolvem ações inovadoras para a realização do TDO. Os itens estão relacionados à participação popular, estratégias de sensibilização, motivação para inovação das ações relacionadas ao TDO, novas estratégias para trabalhar com o TDO e para melhorar a adesão.

No domínio “Educação permanente” buscou compreender as atividades educativas que o profissional de saúde reconhece na unidade de saúde em que trabalha. Os itens deste domínio estão relacionados à discussão de casos com a equipe e coordenação, acessibilidade aos materiais educativos e participação de treinamentos sobre o TDO.

6.5 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2016. Inicialmente, foram realizados contatos com os coordenadores do PCT em cada município, apresentando o projeto de pesquisa e suas contribuições.

O procedimento para a coleta de dados diferiu em cada município. Em Indaiatuba, o convite aos profissionais para participação na pesquisa ocorreu por meio de visitas nas unidades de saúde. O instrumento foi entregue a cada profissional, que aceitou participar do estudo, e recolhido em data acordada com o mesmo.

Em Piracicaba, o convite ocorreu durante as reuniões mensais com os enfermeiros e contemplou todos que atendiam ao critério de inclusão. A proposta de

realização da coleta nas reuniões partiu da coordenadora do programa de TB, que referiu inviabilidade para realizar a coleta nas unidades de saúde, devido o número elevado de unidades no município, além da dificuldade de acesso àquelas situadas em área rural. A coordenadora disponibilizou 30 minutos para aplicar o instrumento antes de iniciar cada reunião.

Antes do início do preenchimento do instrumento pelos profissionais de saúde, os mesmos receberam informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE I) para a participação.

Destaca-se que em ambos os municípios, a coleta de dados propiciou uma parceria com a coordenação municipal do Programa DST/HIV/aids/Hepatites virais e PCT e com as equipes de saúde que trabalham com TDO, que colaboraram tanto na viabilização da coleta de dados, participação do estudo bem como no esclarecimento sobre a forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde dos municípios.

6.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados foram organizados e duplamente digitados no programa *Excel* da *Microsoft*, para análise estatística utilizando o software *Statistica* 12, da *Statsoft.Inc* e programa R versão 3.2.3.

Visando caracterizar os participantes do estudo e realizar o cálculo dos escores do instrumento ATP-IINFOC-TB procedeu-se a estatística descritiva, calculando-se medidas de posição (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão). Foram criadas matrizes de distribuição de frequências de respostas. Em cada item, foi realizada a somatória de todos os valores atribuídos, sendo a ordem da pontuação: discordo (1 ponto), discordo parcialmente (2 pontos), indiferente (3 pontos), concordo parcialmente (4 pontos), concordo (5 pontos) e não se aplica (0 ponto). Nos itens com afirmativas negativas foi realizada a inversão da pontuação, o que significa que o escore mais alto foi dado à resposta que indica maior nível de positividade em relação à transferência do TDO.

O valor médio de cada item foi calculado por meio da soma de todas as respostas em cada item dividido pelo número de participantes. Para o cálculo da média de cada dimensão foi realizada a somatória da média de todos os itens, dividido pelo número de itens que compõe o instrumento. A interpretação deste resultado, tem

como parâmetro o valor 3, na qual os valores inferiores indicam fragilidade na transferência e valores superiores propõe a potencialidade, por exemplo:

QUESTÕES	FREQUENCIA DE RESPOSTAS					Média
	1	2	3	4	5	
O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho		3	2	1		2,7

Visando avaliar a transferência do TDO por domínios e tipos de unidades utilizou-se de técnicas de análise multivariada.

Inicialmente foram calculados os escores padronizados pela seguinte expressão:

$$Escore_{Padronizado} = \frac{Média - Mínimo}{Máximo - Mínimo}$$

Onde os valores mínimo e máximo são representados por 1 e 5 respectivamente e a média é um valor entre 1 e 5, de tal forma que o Escore Padronizado é um valor compreendido no intervalo fechado 0 e 1. O cálculo foi feito considerando-se todas as questões (escore geral) e as questões relacionadas à cada um dos domínios.

Como proposta para modelar dados em um intervalo (0,1) Ferrari e Cribari Neto (2004) usaram o modelo de regressão beta. Como principal motivação para o uso desse modelo os autores citam a flexibilidade da distribuição Beta, que é a base desse modelo. A distribuição pode assumir uma variedade de formas, dependendo dos valores dos parâmetros ela pode ser assimétrica a direita, a esquerda, centralizada ou uniforme (Cribari-Netto e Zeileis, 2010).

Nesse modelo os parâmetros do modelo são interpretados em termos da média e tem a vantagem adicional de acomodar assimetria e heterocedasticidade (variância não constante). A função densidade de probabilidade é dada por

$$f(y; \mu, \phi) = \frac{\Gamma(\phi)}{\Gamma(\mu\phi)\Gamma((1-\mu)\phi)} y^{\mu\phi-1} (1-y)^{(1-\mu)\phi-1}$$

com $0 < \mu < 1$ e $\phi > 0$. Onde μ representa a média e ϕ é conhecido como o parâmetro de precisão. Escreve-se que $y \sim \beta(\mu, \phi)$ com valor esperado $E(y) = \mu$ e Variância $\text{Var}(y) = \mu(1-\mu)/(1+\phi)$. Para uma dada média fixa tem-se que quanto maior a precisão menor a Variância e vice-versa.

Seja $y_1, \dots, y_n$ uma amostra aleatória de uma distribuição Beta, $y_i \sim \beta(\mu_i, \phi)$. O Modelo de Regressão Beta é definido como

$$g(\mu_i) = x_i^T \beta$$

Onde β denota o conjunto de parâmetros desconhecidos, x_i é o vetor de variáveis independentes e $g()$ é a função de ligação que relaciona a média com as covariáveis. Uma extensão do modelo de regressão foi introduzida por Smithson and Verkuilen (2006) no sentido de também permitir um modelo de regressão para o parâmetro de precisão.

Nessa abordagem, tem-se que $y_i \sim \beta(\mu_i, \phi_i)$ e o Modelo de Regressão Beta estendido é definido como

$$\begin{aligned} g(\mu_i) &= x_i^T \beta \\ h(\phi_i) &= z_i^T \gamma \end{aligned}$$

Onde β e γ denotam respectivamente o conjunto de parâmetros desconhecidos para a média e a precisão, x_i e z_i são os vetores de variáveis independentes respectivos para μ e ϕ , $g()$ e $h()$ são as funções de ligação que relacionam respectivamente a média e a precisão com os seus respectivos conjuntos de covariáveis. Estas não precisam ser necessariamente as mesmas para a média e a precisão.

No entanto, como a distribuição não trabalha com os valores extremos (0 e 1), uma versão inflacionada da distribuição foi proposta por Ospina e Ferrari (2010) com o intuito de acomodar estas informações. Nesse caso, temos que y é uma variável

que segue uma distribuição Beta Inflacionada em zero e um (BEINF) cuja expressão é dada por

$$\text{beinf}(u; \alpha, \gamma, \mu, \phi) = \begin{cases} \alpha(1 - \gamma) & \text{se } y = 0 \\ \alpha\gamma & \text{se } y = 1 \\ (1 - \alpha)f(y; \mu, \phi) & \text{se } y \in (0,1) \end{cases}$$

com $0 < \mu < 1$ e $\phi > 0$, onde $f(y; \mu, \phi)$ é a função densidade de probabilidade dada em (1). Escreve-se que $y \sim \text{BEINF}(\alpha, \gamma, \mu, \phi)$ com valor esperado $E(y) = \alpha\gamma + (1 - \alpha)\mu$ e Variância $\text{Var}(y) = \alpha\gamma(1 - \gamma) + (1 - \alpha)\mu(1 - \mu)/(1 + \phi)$.

As variáveis independentes utilizadas para o Escore Geral foram Tipo de Unidade (UBS ou ESF) e Município (Indaiatuba ou Piracicaba). Na análise dos escores dos domínios, esta informação (domínio ao qual pertence: Compreensão, Estratégias, Percepção, Prática, Inovação, Educação) também foi considerada uma variável independente.

A partir do modelo escolhido foram calculados os valores preditos médios dos escores para as categorias das variáveis presentes e também a Variabilidade associada a cada uma delas (será a mesma se o modelo escolhido for o modelo beta padrão).

Para efetuar os ajustes do modelo de regressão beta inflacionado foi utilizada a biblioteca GAMLSS, desenvolvida por Stasinopoulos e Rigby (2007), ambas do programa R versão 3.2.3. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

Para o parâmetro de avaliação deste modelo, os escores foram avaliados segundo os quartis, sendo classificado desfavorável o menor quartil (<25%); valores parcialmente favoráveis, o segundo quartil (entre 25 e 75%) e no terceiro quartil, valores favoráveis (acima de 75%).

Para avaliar as ações de TP do TDO dos domínios com menores valores na regressão beta inflacionada por município e tipo de unidade, utilizou-se a Análise de correspondência múltipla (ACM). Para esta análise, as respostas obtidas no instrumento foram dicotomizadas em: desfavorável (respostas 1, 2 e 3) e favorável (respostas 4 e 5).

No que se refere à ACM ela está inserida na família das técnicas de mapas perceptuais com representação visual das variáveis em duas ou mais dimensões. Assim, cada variável tem uma posição no mapa perceptual, indicando que as variáveis

percebidas enquanto similares ou associadas são alocadas em pontos próximos de tal modo que aquelas percebidas como não similares estão representadas em pontos mais distantes. Estes itens foram selecionados e agrupados conforme domínios identificados na revisão da literatura para discutir sobre os elementos que podem influenciar na transferência e operacionalização do TDO (HAIR et al. 2005; MINGOTI, 2005).

No mapa perceptual, as variáveis são apresentadas em duas dimensões. A variação total dos dados, denominada inércia, é identificada em cada dimensão no mapa. A primeira dimensão do mapa perceptual apresenta maior quantidade de inércia, o que a torna mais relevante, sendo a primeira mais importante. A segunda dimensão apresenta maior quantidade de inércia depois da primeira, o que a torna a segunda mais importante, e assim, sucessivamente (MINGOTI, 2005; NASCIMENTO et al., 2013).

6.7 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi submetido para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (ANEXO II). Vale ressaltar, que a presente pesquisa também foi analisada e aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde dos dois municípios que compõem os cenários do estudo e obtidas as autorizações para a realização da coleta (ANEXO III; ANEXO IV). Todos os participantes só foram incluídos mediante leitura e assinatura do TCLE, sendo assegurado aos mesmos a condição de confidencialidade total de sua identidade.

RESULTADOS

7 RESULTADOS

Participaram do estudo 98 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) destes, 55,1% (54) pertenciam ao município de Piracicaba, e 44,9% (44) ao de Indaiatuba.

No município de Piracicaba, dentre os enfermeiros entrevistados, 96,3% (52) eram do sexo feminino e 3,7% (2) do masculino. A maioria apresentava idade entre 31 a 40 anos e o tempo de serviço com o TDO era de 1 a 5 anos.

Já no município de Indaiatuba, 22,9% (16) pertenciam à categoria de enfermeiros, 20,5% (9) médicos e 43,2% (19) técnicos de enfermagem. Deste total, 93,2% (41) eram do sexo feminino, enquanto 6,8% (3) eram do sexo masculino. A faixa etária de idade predominante no município foi também de 31 a 40 anos, ao passo que a maioria dos profissionais que trabalhavam com o TDO, exerciam esta função há mais de 10 anos.

7.1. Avaliação das ações de Transferência da Política do TDO

Visando avaliar as ações da TP do TDO realizou-se a análise da média e do escore padronizado dos itens do instrumento utilizado (Tabela 3). Observa-se que os itens 19 (incorporação de outras instituições além do setor saúde), 18 (reconhecimento da importância do TDO pela equipe de saúde) e 10 (compreensão sobre as diretrizes do TDO) foram os que apresentaram maiores médias e escores padronizados, enquanto os itens 3 (participação popular nas discussões sobre TDO), 27 (autonomia da pessoa com TB para escolher a modalidade do tratamento) e 32 (utilização de recursos comunitários para adesão ao TDO) apresentaram as menores médias e escores padronizados.

Tabela 3. Representação das médias e dos escores padronizados calculados de acordo com as respostas dos participantes por item do instrumento ATP- IINFOC-TB. Indaiatuba, Piracicaba, 2016

Nº Item	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Escore Padronizado
19	4,66	1	5	0,72	91,49
18	4,72	1	5	0,55	93,11
10	4,54	1	5	0,89	88,52
23	4,52	1	5	0,94	88,01
28	4,52	1	5	0,89	88,01
11	4,49	1	5	0,89	87,24
6	4,48	1	5	1,04	86,98
33	4,46	1	5	1,00	86,48
39	4,42	1	5	1,08	85,46
12	4,37	1	5	1,31	84,14
15	4,35	1	5	1,09	83,85
16	4,34	1	5	1,34	83,59
38	4,34	1	5	1,22	83,42
8	4,25	1	5	1,02	81,19
2	4,21	1	5	1,21	80,36
17	4,17	1	5	1,18	79,34
34	4,03	1	5	1,48	75,77
13	3,98	1	5	1,29	74,47
20	3,97	1	5	1,31	74,23
24	3,91	1	5	1,41	72,70
1	3,85	1	5	1,42	71,13
9	3,84	1	5	1,48	70,88
22	3,77	1	5	1,46	69,13
4	3,72	1	5	1,44	67,89
7	3,67	1	5	1,43	66,84
36	3,59	1	5	1,45	64,80
30	3,52	1	5	1,78	63,01
14	3,48	1	5	1,47	62,11
21	3,39	1	5	1,59	59,69
5	3,33	1	5	1,55	58,25
35	3,28	1	5	1,63	56,96
29	3,14	1	5	1,52	53,57
25	3,13	1	5	1,70	53,35
37	2,89	1	5	1,62	47,16
26	2,81	1	5	1,64	45,26
31	2,76	1	5	1,72	44,07
32	2,41	1	5	1,60	35,16
27	2,34	1	5	1,58	33,42
3	2,15	1	5	1,43	28,72

7.2. Análise por domínio das ações de transferência do TDO

Na Tabela 4 apresentam-se as estimativas para média e dispersão das ações de TP do TDO por domínios segundo município e tipo de unidade de saúde. Observa-se que os domínios “Inovação” e “Percepção da equipe sobre o TDO” apresentaram diferença estatística para média. Em relação ao tipo de unidade, a ESF também apresentou diferença estatística para média. Ao considerar o efeito de interação entre as variáveis, observa-se que o município Piracicaba e os domínios “Estratégias para melhorar atenção à pessoa em TDO”, “Inovação” e “Prática do TDO” apresentaram efeito negativo estatisticamente significativo. O tipo de unidade ESF e o município Piracicaba apresentaram efeito positivo estatisticamente significativo.

Tabela 4. Apresentação das estimativas para a média e dispersão dos domínios das ações de transferência segundo município e tipo de unidade

Parâmetros	Estimativa	Desvio Padrão	Estatística	p-valor
(Intercept)	1,3030	0,1757	7,4180	0,0000
Educação Permanente	0,0781	0,2360	0,3310	0,7410
Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO	0,1189	0,2167	0,5490	0,5835
Inovação	-0,5422	0,2171	-2,4970	0,0129
Percepção da equipe sobre o TDO	0,6453	0,2220	2,9070	0,0038
Prática do TDO	-0,0669	0,2293	-0,2920	0,7706
TipoESF	-0,4704	0,1248	-3,7700	0,0002
MunicípioPiracicaba	-0,3788	0,2502	-1,5140	0,1308
Edu:Piracicaba	-0,3525	0,3104	-1,1360	0,2567
Est:Piracicaba	-0,9324	0,2838	-3,2850	0,0011
Ino:Piracicaba	-0,7030	0,2878	-2,4430	0,0149
Per:Piracicaba	-0,3050	0,2898	-1,0520	0,2933
Pra:Piracicaba	-0,6949	0,3018	-2,3030	0,0218
tipoESF:Piracicaba	0,6050	0,1773	3,4130	0,0007
Parâmetros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor
(Intercept)	-1,1805	0,1666	-7,0870	0,0000
Edu	0,6003	0,1770	3,3920	0,0008
Est	0,2422	0,1758	1,3780	0,1690
Ino	0,3956	0,1765	2,2420	0,0255
Per	-0,0494	0,1788	-0,2760	0,7824
Pra	0,4869	0,1786	2,7260	0,0067
TipoESF	0,3403	0,1086	3,1330	0,0018
Piracicaba	0,1782	0,0968	1,8420	0,0662
Parâmetros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor
(Intercept)	-5,9660	1,0010	-5,9600	0,0000
Parâmetros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor
(Intercept)	-1,6223	0,1247	-13,0100	0,0000
AIC	147,88			

Legenda: Compreensão sobre o TDO: Com; Estratégias para melhorar atenção à pessoa em TDO: Est; Percepção da equipe sobre o TDO: Per; Prática do TDO: Pra; Inovação: Ino; Educação permanente: Edu.

Fonte: Próprio estudo, 2016.

Apresentam-se na Tabela 5, os valores preditos pelo modelo. Observa-se que os domínios “Inovação” e “Percepção da equipe sobre o TDO”, foram os que apresentaram menores e maiores valores respectivamente.

Os domínios “Compreensão sobre o TDO”, “Educação permanente” e “Percepção da equipe sobre o TDO”, apresentaram resultados favoráveis e muito favoráveis em ambos os municípios para os dois tipos de unidade de saúde.

No domínio “Inovação” apresentou resultado parcialmente favorável apenas em Indaiatuba para UBS. Sendo assim, considerando a avaliação dos profissionais do ESF de Indaiatuba e Piracicaba de ambos os tipos de unidade, apresentou resultados desfavoráveis.

No domínio “Prática do TDO” o município de Indaiatuba apresentou resultado parcialmente favorável e favorável para ESF e UBS respectivamente, enquanto Piracicaba apresentou resultado parcialmente favorável para ESF e desfavorável para UBS.

No domínio “Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO” em Indaiatuba para ambos os tipos de unidade apresentou resultados favoráveis, enquanto em Piracicaba, para os dois tipos de unidades apresentou resultados desfavoráveis.

Tabela 5. Valores preditos pelo modelo inflacionado

Domínio	Tipo	Município	Media	Dispersão	Esperança	Variância
Com	UBS	Indaiatuba	0,7858	0,2423	0,7843	0,1355
Com	UBS	Piracicaba	0,7225	0,2423	0,7211	0,1614
Com	ESF	Indaiatuba	0,6928	0,3262	0,6915	0,1605
Com	ESF	Piracicaba	0,7476	0,3262	0,7462	0,1423
Edu	UBS	Indaiatuba	0,7950	0,3722	0,7934	0,1189
Edu	UBS	Piracicaba	0,6597	0,3722	0,6585	0,1636
Edu	ESF	Indaiatuba	0,7044	0,4730	0,7031	0,1414
Edu	ESF	Piracicaba	0,6880	0,4730	0,6868	0,1457
Est	UBS	Indaiatuba	0,8019	0,2983	0,8003	0,1225
Est	UBS	Piracicaba	0,5274	0,2983	0,5266	0,1919
Est	ESF	Indaiatuba	0,7132	0,3915	0,7119	0,1470
Est	ESF	Piracicaba	0,5595	0,3915	0,5585	0,1771
Ino	UBS	Indaiatuba	0,6811	0,3230	0,6798	0,1642
Ino	UBS	Piracicaba	0,4204	0,3230	0,4198	0,1841
Ino	ESF	Indaiatuba	0,5675	0,4194	0,5666	0,1729
Ino	ESF	Piracicaba	0,4522	0,4194	0,4515	0,1745
Per	UBS	Indaiatuba	0,8741	0,2353	0,8724	0,0892
Per	UBS	Piracicaba	0,7842	0,2353	0,7827	0,1371
Per	ESF	Indaiatuba	0,8102	0,3178	0,8086	0,1168
Per	ESF	Piracicaba	0,8052	0,3178	0,8037	0,1191
Pra	UBS	Indaiatuba	0,7698	0,3518	0,7683	0,1312
Pra	UBS	Piracicaba	0,5430	0,3518	0,5422	0,1835
Pra	ESF	Indaiatuba	0,6727	0,4510	0,6715	0,1518
Pra	ESF	Piracicaba	0,5749	0,4510	0,5739	0,1684

Legenda: Compreensão sobre o TDO: Com; Estratégias para melhorar atenção à pessoa em TDO: Est; Percepção da equipe sobre o TDO: Per; Prática do TDO: Pra; Inovação: Ino; Educação permanente: Edu.

Fonte: Próprio estudo, 2016.

De um modo geral, os resultados apresentados na tabela 5 exprimem que, para o município de Piracicaba a maioria das ações foram desfavoráveis (<25%) ou parcialmente favorável (entre 25 e 75%) e em Indaiatuba, os resultados permaneceram favoráveis (acima de 75%) ou parcialmente favoráveis, com uma ressalva apenas para o domínio inovação, que mantiveram resultados desfavoráveis para ambos os municípios.

7.3 Análise exploratória das ações de transferência dos domínios com menores valores.

A tabela 6 apresenta as dimensões, o autovalor e a inércia conforme domínios de análise do estudo. Observa-se que a primeira dimensão e segunda possuem o maior percentual de inércia, representado juntos mais de 60% dos dados.

Tabela 6. Qualidade, autovalor e inércia segundo domínios de análise

Domínios de análise	Dimensão	Autovalor	% de Inércia	% Acumulado
Inovação	1	0,432	43,18	43,18
	2	0,184	18,39	61,57
	3	0,150	15,03	76,60
	4	0,128	12,77	89,37
	5	0,106	10,63	100,00
Prática do TDO	1	0,463	46,35	46,35
	2	0,183	18,29	65,64
	3	0,173	17,35	81,99
	4	0,101	10,06	92,05
	5	0,079	7,95	100,00
Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO	1	0,368	36,77	36,77
	2	0,215	21,54	58,31
	3	0,176	17,58	75,89
	4	0,138	13,76	89,65
	5	0,103	10,35	100,00

Fonte: próprio estudo, 2016

Por meio da matriz de autovalor (Tabela 7), foram estabelecidas as variáveis que pertenciam a cada dimensão conforme a maior contribuição absoluta (Cos²).

Assim, a dimensão 1 foi composta pela maioria das variáveis, sendo estas: *existência de um plano individual para cada pessoa em TDO; participação da pessoas com TB na elaboração do plano individual; TDO trabalhado de forma multiprofissional; adaptação do TDO à área de abrangência do serviço de saúde; novas estratégias para trabalhar o TDO; novas estratégias para promover adesão da pessoa com TB ao TDO; estratégias de sensibilização da equipe; motivação sobre as ações relacionadas ao TDO; estratégias para promover atenção à pessoa em TDO; recursos comunitários; ações intersetoriais; percepção pela equipe das dificuldades dos*

pacientes em TDO. A dimensão 2 foi composta pelas variáveis: autonomia da pessoa com TB na escolha do tratamento; incorporação de outras instituições além do setor saúde; participação da população nas discussões sobre TDO.

Tabela 7. Contribuição absoluta das variáveis segundo dimensão. Indaiatuba, Piracicaba, 2016.

Dimensões de análise	Item	Categorias	Cos ² Dim.1	Cos ² Dim.2	Dimensão	Qualidade
Inovação	I3	1 2	0,031	0,803	2	0,834
	I29	1 2	0,499	0,002	1	0,501
	I31	1 2	0,502	0,029	1	0,532
	I8	1 2	0,604	0,057	1	0,661
	I36	1	0,202	0,186	1	0,388
Prática do TDO	I24	1 2	0,621	0,141	1	0,762
	I25	1 2	0,572	0,112	1	0,684
	I26	1 2	0,264	0,343	2	0,607
	I34	1 2	0,356	0,305	1	0,661
	I39	1 2	0,504	0,013	1	0,517
Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO	I19	1 2	0,031		2	0,834
	I30	1 2	0,499	0,002	1	0,501
	I32	1 2	0,502	0,029	1	0,532
	I35	1 2	0,604	0,057	1	0,661
	I38	1 2	0,202	0,186	1	0,388

Fonte: próprio estudo, 2016.

7.3.1 Análise exploratória sobre inovação

No mapa perceptual (Figura 7), na dimensão 1, lado negativo (esquerdo), o município de Piracicaba apresentou proximidade com as respostas desfavoráveis das variáveis: *participação popular*; *criação de novas estratégias para trabalhar com TDO* e *criação de novas estratégias para promover adesão da pessoa com TB ao TDO*. No lado positivo (direito), o município de Indaiatuba apresentou proximidade com as respostas favoráveis das variáveis: *estratégia de sensibilização da equipe para realizar o TDO*; *criação de novas estratégias para trabalhar com TDO*; *criação de novas estratégias para promover adesão da pessoa com TB ao TDO*; *motivação profissional para inovar as ações do TDO*. Na dimensão 2, o município de Piracicaba (lado negativo esquerdo) apresentou maior proximidade com as respostas desfavoráveis da variável *participação popular na discussão sobre TDO*.

Figura 7. Mapa perceptual sobre a inovação, segundo profissionais de saúde do município de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.

Legenda: I3 – participação popular na discussão sobre TDO; I8 – estratégias de sensibilização da equipe de saúde produzem impacto nas ações de TDO; I29 – novas estratégias para trabalhar com o TDO; I31 – novas estratégias para promover adesão ao TDO; I36 – motivação para inovação da prática profissional em relação ao TDO.

Notas: Opções de respostas: 1 – resposta desfavorável; 2 – resposta favorável.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

7.3.2 Análise exploratória sobre a prática do TDO

Na análise exploratória das ações de saúde por município e tipo de unidade do domínio *Prática do TDO*, observa-se na Figura 8 que na dimensão 1, no lado negativo (esquerdo), o município de Piracicaba apresentou proximidade com as respostas desfavoráveis relacionadas a *autonomia da pessoa com TB para decidir a modalidade de tratamento*. No lado positivo (direito) o município de Indaiatuba apresentou proximidade com as respostas favoráveis em relação à *participação da pessoa com TB na elaboração do plano de cuidado; autonomia da pessoa com TB para decidir a modalidade de tratamento; TDO trabalhado de forma multiprofissional e adaptação do TDO à realidade da área de abrangência*. Na dimensão 2, no lado negativo (esquerdo), o município de Piracicaba apresentou proximidade com as respostas desfavoráveis referente a *existência de um plano individual para a pessoa com TB*.

Figura 8. Mapa perceptual sobre a prática do TDO, segundo profissionais de saúde do município de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.

Legenda: I24 – existência de um plano individual para cada pessoa em TDO; I25 – participação da pessoa com TB na elaboração do plano de cuidado; I26 – autonomia da pessoa com TB para decidir se quer participar do TDO; I34 – TDO trabalhado de forma multiprofissional; I39 – adaptação do TDO à realidade da área de abrangência.

Notas: Opções de respostas: 1 – resposta desfavorável; 2 – resposta favorável.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

7.3.3. Análise exploratória sobre Estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO

Observa-se no mapa perceptual (Figura 9) que, na dimensão 1, no lado positivo (direito) o município de Indaiatuba apresentou proximidade com as respostas favoráveis em relação as *estratégias para promover a adesão da pessoa com TB ao TDO e desenvolvimento de ações intersetoriais*, apresentando associação estatisticamente significativa em relação a primeira. Contrariamente, no lado negativo (esquerdo), o município de Piracicaba apresentou proximidade com as respostas desfavoráveis em relação às *estratégias para promover a adesão da pessoa com TB ao TDO, recursos comunitários para apoiar a pessoa com TB e desenvolvimento de ações intersetoriais*, com associação estatisticamente significativa em relação à última ação. Na dimensão 2, as respostas desfavoráveis em relação à incorporação de outras instituições além do setor saúde manteve-se no centro do mapa perceptual correspondendo a maioria das respostas de ambos os municípios.

Figura 9. Mapa perceptual sobre estratégia para melhorar atenção à pessoa em TDO, segundo profissionais de saúde dos municípios de Piracicaba e Indaiatuba (SP), 2016.

Legenda: I30 – estratégias para promover a adesão da pessoa com TB ao TDO; I32 – recursos comunitários para apoiar a pessoa com TB; I35 – desenvolvimento de ações intersetoriais; I38 – Dificuldades percebidas pela equipe.

Notas: Opções de respostas: 1 – resposta desfavorável; 2 – resposta favorável. As linhas retas significam associações com resíduos de desvio-padrão maiores que 1,96, considerando $p=0,05$.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a analisar a TP do TDO da TB na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham em dois municípios do interior paulista (Indaiatuba e Piracicaba).

Em relação à caracterização dos participantes, a predominância do sexo feminino encontrada também foi apresentada em outros estudos brasileiros (LOPES; LEAL, 2005; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; MARSIGLIA, 2011). A inserção da mulher no mercado de trabalho no setor saúde tem grande expressão, principalmente nos cargos de nível técnico e auxiliar e, quando considera apenas a área da enfermagem, ultrapassa os 90% (WERMELINGER et al., 2010; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). Essa predominância pode estar atrelada à construção sócio histórica das funções de cuidadora que a mulher desempenhou por muito tempo na sociedade (LOPES; LEAL, 2005). Reforçando esse achado, estudo que discute as questões de gênero no campo da saúde identificou que o perfil dos profissionais que atuam na saúde pública do Brasil apresenta maior concentração feminina, até mesmo à frente da categoria médica, apesar de se considerar a medicina enquanto uma profissão predominantemente masculina (LOPES; LEAL, 2005).

No que se refere à categoria profissional que executa as ações de controle da TB, embora seja importante o envolvimento da equipe multiprofissional, o presente estudo constatou que a equipe de enfermagem é a maior responsável pelas ações de controle da doença, achado que corrobora com estudo realizado em seis regiões do estado de São Paulo (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

A responsabilização do TDO direcionada à equipe de enfermagem vem ampliando a cada dia seu espaço na gestão, supervisão e coordenação das ações de controle da TB, desenvolvendo e planejando ações que visem o cuidado centrado na família e na pessoa adoecida, com enfoque integral, social, cultural e com o consequente alcance das metas estabelecidas pela OMS (OBLITAS et al., 2010). No entanto, esta lógica de organização muitas vezes resulta em sobrecarga de funções para os profissionais da APS, o que afeta diretamente a qualidade do tratamento (WYSOCKI et al., 2017).

A falta de inclusão da equipe médica nas ações direcionadas às pessoas em TDO na APS em Piracicaba pode estar relacionada ao modelo de organização da rede

de atenção para a TB do município, que encaminha todas as pessoas com TB para o Centro de Referência. Já no município de Indaiatuba, isso ocorre devido à alta rotatividade desses profissionais, situação semelhante à encontrada em um estudo que destaca como fator negativo, a alta rotatividade da força de trabalho no campo da saúde (PIERANTONI et al., 2015).

Este achado vai ao encontro de um estudo realizado na Índia, que constatou a falta da inclusão da equipe médica nas questões relacionadas à TB, tornando deficiente a qualificação deste profissional para atender a pessoa em TDO, além de promover uma situação de ruptura no acompanhamento e vínculo com a equipe de saúde e também com a pessoa em tratamento (YADAV et al., 2012).

Na análise geral das ações de TP do TDO (Tabela 3), os resultados apresentaram que ações relevantes como participação popular nas discussões sobre TDO, autonomia da pessoa com TB para escolher a modalidade do tratamento e utilização de recursos comunitários para adesão ao TDO apresentaram avaliações desfavoráveis pelos profissionais de saúde. Esse aspecto pode influenciar negativamente na manutenção e expansão do TDO nesses municípios.

O item referente à participação da comunidade nas ações de controle da TB, apresentou menor média padronizada, resultado semelhante ao estudo realizado na região Sul do Brasil (PERUHYPE, 2015). Este resultado revela que a equipe de saúde identificou a falta de participação da comunidade nos assuntos relacionados à TB. A participação social tem sido apontada como um fator positivo nas atividades de controle da TB, uma vez que colabora para a conscientização desta doença como um problema social (RUFFINO-NETTO; SOUZA, 1999).

Ao identificar parceiros e recursos comunitários, considerados como aqueles disponíveis no âmbito territorial da pessoa em tratamento (associações de moradores, grupos de apoio, escolas dentre outros), é possível potencializar as ações intersetoriais, promover o cuidado integral à saúde, além do fato de que favorece à elaboração dos planos de cuidado (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A falta de autonomia da pessoa em tratamento pode interferir e tornar o tratamento menos acessível e compreensível por parte do sujeito com TB, prejudicando a adesão ao mesmo (SAGBAKKEN et al., 2012; SOUSA et al., 2016). Estudo desenvolvido por Brunello (2009) identificou que normas rígidas, instituídas no processo assistencial, inclusive da terapêutica medicamentosa, pode levar os serviços

de saúde a estabelecerem uma ação de controle da doença impositiva, que desvaloriza a capacidade de escolha da pessoa com TB.

A incorporação de outras instituições, o reconhecimento da importância do TDO pela equipe de saúde e a compreensão sobre as diretrizes do TDO foram as ações avaliadas como favoráveis. A necessidade de organização intersetorial apontada pelos profissionais de saúde revela conformidade com as políticas nacionais voltadas para o controle da TB, destacando essas medidas intersetoriais enquanto fundamentais principalmente para o desenvolvimento do cuidado integral da pessoa doente por TB (BRASIL, 2011a; SÁ et al., 2011).

No mais, compreende-se que o reconhecimento da importância do TDO por parte dos profissionais envolvidos na TP do TDO é necessário para que estes reconheçam o impacto que essa política possui, sendo que tanto os tomadores de decisão assim como os executores do TDO, deveriam ser capazes de avaliar as falhas e os sucessos, além de identificar as razões que levaram a este resultado. Este olhar sobre a implantação, manutenção e expansão da política transferida leva à compreensão ao seu respeito e, também, a uma maior efetividade (EVANS, 2004).

A compreensão acerca das diretrizes do TDO reflete o importante papel das ações educativas direcionadas ao profissional de saúde, tendo em vista que as mesmas podem proporcionar, dentre outros aspectos, a compreensão sobre o adoecimento por TB e o desenvolvimento de habilidades para desenvolver o cuidado (SILVA et al., 2014).

O município de Piracicaba apresentou resultados desfavoráveis na avaliação da TP do TDO, enquanto o município de Indaiatuba obteve resultados favoráveis. Esses achados podem indiciar dificuldades da TP do TDO nesse município principalmente no que se refere à fase de manutenção e expansão. Provavelmente essas dificuldades podem exercer influência sobre as taxas de cura (77,58%) e abandono (9,7%) que estão muito aquém do recomendado pela OMS, que preconiza 85% e 5%, respectivamente. Ainda apresentou taxa de incidência de 39 casos por 100.000 hab. (Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, 2017), o que verifica a necessidade de intensificação das ações de controle da TB nesse município.

Como mencionado anteriormente, as características dos serviços da ESF diferem das características da UBS, pois a ESF, além de dispor de equipes de saúde que realizam visitas domiciliares, compreende um número menor de população coberta por estes serviços. Considera-se que estes são aspectos primordiais que

contribuem para a formação do vínculo entre profissional-usuário e o maior reconhecimento das especificidades da pessoa em TDO (SOUZA et al., 2010).

Neste estudo, as ações de TP do TDO quando avaliadas pelos profissionais da ESF do município de Indaiatuba apresentaram efeito negativo, ou seja, tenderam a diminuir os escores. Por outro lado, ao considerar a avaliação dos profissionais da ESF do município de Piracicaba, o efeito de interação foi positivo, o que pode indicar maior incorporação dessas ações ao cotidiano dos profissionais que trabalham neste tipo de unidade no município. No entanto, apesar da ESF ter mostrado aspectos positivos para esta avaliação, isso não foi o suficiente para que o município apresentasse melhores indicadores das ações voltadas ao controle da TB.

O município de Piracicaba possui uma cobertura de 44,7%, de ESF, o que corresponde a 50 equipes (BRASIL, 2016c). Embora na maioria dos casos de TB, o TDO seja realizado na unidade de saúde, essas equipes assumem importante papel quando há necessidade da realização do TDO domiciliar, seja devido às dificuldades econômicas ou de locomoção das pessoas que possuem a doença. Um estudo realizado no mesmo município no ano de 2014 objetivou avaliar o funcionamento da rede de APS de Piracicaba e constatou que no geral, as ESF apresentaram melhor funcionamento que as UBS, sugerindo que esta efetividade esteja atrelada à um maior vínculo entre profissional e usuário; serviços com enfoque familiar; preocupação com fatores de risco socioeconômicos; trabalhos intersetoriais e reorganização dos serviços com base nos problemas da comunidade (CESAR et al., 2014).

Estes elementos supracitados enquanto fortalecedores da ESF contribuem para a intensificação das ações de controle da TB e consequente melhora dos indicadores da doença. Corroboram o estudo de Marquieviz et al. (2013), conduzido em Curitiba, que expressa o papel relevante da ESF no controle da TB, pois a proximidade das equipes de saúde com as famílias e comunidades pode representar um acréscimo na taxa de cura da doença, redução da mortalidade por TB bem como abandono ao tratamento, tendo em vista que o acolhimento e responsabilização realizados junto a equipe pode facilitar o processo de promoção da saúde e prevenção da doença.

Os princípios que norteiam a saúde da família no Brasil recomendam a reorganização da produção de cuidados na APS em substituição ao antigo modelo tradicional de assistência, centralizado no adoecimento. Esta nova proposta exige dos profissionais uma visão ampliada do processo saúde-doença, que transcenda a prática curativa (STOTZ, 2003). Além disso, a ESF propicia ao usuário

corresponsabilização e acolhimento, facilitando o acesso destes aos serviços e favorecendo a adesão aos cuidados e tratamentos propostos, o que pode ter repercussões positivas em patologias com tratamento em longo prazo como no caso a TB (LEITE et al., 2016).

Deste modo, o acesso das pessoas que estão em tratamento da TB às ações de saúde é apontado como um fator importante para o controle da doença na comunidade (CLEMENTINO et al., 2016; MUNIZ et al., 2005). Nesse sentido, um estudo realizado em Vitória (ES) revela que, na visão dos trabalhadores de saúde, a ESF tem um importante papel sobre a descentralização das ações de controle da TB, principalmente no que tange a busca de sintomáticos respiratórios e a supervisão dos casos (GALAVOTE et al., 2015).

Destaca-se que a tarefa de descentralizar as ações de controle da TB são complexas, tal como é trazido no estudo de Cunha (2011) que a reforça levando em conta que este processo envolve elementos estruturais e organizacionais, o que exige do município boa estrutura e planejamento para a realização das ações de forma efetiva pelas equipes de saúde da família, tendo em vista que esse modelo de atenção tem como finalidade trazer as equipes de saúde para perto das famílias e comunidades, a fim de garantir maior vínculo e identidade cultural.

No domínio “Inovação”, os dois municípios estudados apresentaram valores desfavoráveis, o que pode retratar dificuldades nas ações de manutenção e expansão do TDO. Os aspectos que envolvem o TDO mostram a complexidade desta modalidade de supervisão do tratamento, que precisa estar ancorada à prática inovadora, propiciando mudanças comportamentais capazes de persuadir a pessoa com TB e apontar benefícios para que haja adesão ao tratamento (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

A literatura tem destacado que resultados positivos da implantação e implementação das estratégias de controle da TB dependem também da capacidade de inovação dos atores envolvidos neste processo, para adaptá-las ao seu contexto e torná-las mais próximas da realidade (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Cabe destacar que a inovação das ações do TDO decorre das melhorias apresentadas nos serviços de saúde, o que se dá por meio de um conjunto de novos comportamentos, rotinas e formas de trabalho dos profissionais de saúde, que atuam na busca por modificações, otimizações e aperfeiçoamento de sua prática cotidiana (GREENHALGH et al., 2004).

Na análise pormenorizada das ações que constituem o domínio inovação, observa-se que o município de Piracicaba permanece apresentando desfechos desfavoráveis em relação a maioria delas. Os itens avaliados como desfavoráveis nesse município foram: *a criação de novas estratégias para trabalhar com TDO, criação de novas estratégias para promover adesão da pessoa com TB e participação popular*. Esta última variável também foi avaliada como desfavorável no município de Indaiatuba.

É certo que o MS recomenda a adoção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento da pessoa acometida por TB, citando os benefícios sociais como parte delas, tais como: cesta básica, vale transporte, leite entre outros (BRASIL, 2011a). Reconhecendo a TB enquanto uma doença que exige mobilização e empenho da equipe de saúde para atender as necessidades sociais da pessoa adoecida, ressalta-se que além das estratégias já definidas, faz-se necessária a criação de outras, que visem atender o sujeito em sua singularidade, principalmente devido a uma série de situações de vulnerabilidade social às quais muitas vezes encontram-se expostas as pessoas com TB (ALVES et.al., 2012; HINO et.al., 2011).

Sendo assim, a criação de novas estratégias para trabalhar com TDO também foi um item apontado negativamente pelos profissionais do estudo, dando indícios de que esta não é uma atividade recorrente nos serviços de saúde. No entanto, após a descentralização do TDO, é evidente a necessidade de utilizar novas estratégias para atender as condições de saúde locais (MENDES, 2001).

Há que se considerar outro componente importante no aspecto da inovação, a participação popular, percebida pelos profissionais de saúde como desfavorável, em ambos os municípios do estudo. Cabe destacar que, no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é fundamental considerar a atuação do setor comunitário, para que haja participação de todos os envolvidos na política do TDO, tanto os trabalhadores da saúde, como também os representantes da população acometida pela doença (FILHO; GOMES, 2007).

Outros estudos realizados no país confirmaram a importância da participação popular no fortalecimento das ações de controle da TB, bem como do TDO, quando se proporciona a inclusão da sociedade no processo de formulação, controle e monitoramento das políticas públicas de saúde, além de contribuir com a articulação entre diversos setores, o que oportuniza maior envolvimento e assistência ampliada à coletividade, fazendo-se cumprir os princípios do SUS (FILHO; GOMES, 2007;

COELHO et.al., 2014; ROLIM et.al. 2013; MONCAIO, 2014). Por isso, a mobilização social na TP tem um papel fundamental no que tange ao processamento, comunicação e percepção das informações relacionadas a uma política para que, dessa forma, se fortaleça a capacidade de enfrentamento dos problemas relacionados ao cuidado e processo de saúde-doença no contexto da TB (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011; SÁ et al., 2013).

Destaca-se que, na percepção dos profissionais de saúde dos municípios estudados, o comprometimento do elemento motivacional foi maior no município de Piracicaba, dado semelhante ao estudo de Peruhype (2015), que também obteve média e escore padronizado baixo do item que faz referência à motivação sobre inovação das ações do TDO (item número 36). Assim, retomando a questão de que o enfermeiro é o único profissional responsável pelo TDO nas unidades de saúde do município de Piracicaba, esse fato pode estar ancorado na dificuldade de motivação para realizar ações inovadoras no TDO, tendo em vista que a transferência de responsabilidades para a APS pode acarretar em sobrecarga de funções entre os profissionais de saúde, principalmente ao profissional enfermeiro, designado também para realizar as ações de controle da TB (RÊGO et al., 2015; WYSOCKI et al., 2017).

Na mesma perspectiva, sabe-se que todo ser humano tem criatividade, mas normalmente não está acostumado a exercitá-la, principalmente quando se executa uma ação de forma mecânica (FELDMAN et.al., 2008), ou não tem motivação para isso. A motivação, que pode ser compreendida como um conjunto de fatores e processo (BZUNECK, 2004) que possibilita o desencadear das ações e persistência das atividades (LIEURY; FENOUILLET, 2000). Será adotada no presente estudo como um conjunto de elementos que podem contribuir para a determinação de algo.

A literatura tem mostrado diversos componentes que estão ligados ao campo motivacional que influenciam na capacidade inovadora dos profissionais de saúde, como a postura pouco participativa dos profissionais, a insegurança no vínculo trabalhista e o pouco espaço para qualificação profissional (PERUYHPE, 2015; SOUZA et al., 2014).

É importante ressaltar que a motivação é um elemento a se considerar para a TP. Sendo assim, a desmotivação pode tornar essa transferência pouco efetiva, o que implica diretamente na tomada de decisões ou na busca de soluções para os problemas enfrentados pelos atores envolvidos (DOLOWITZ, 2003; BISSEL, 2011). Assim, mediante tais considerações, ressalta-se que mesmo a partir da definição do

TDO enquanto uma política transferida pela OMS com padrões e normas estabelecidas, esta pode e deve ser readequada de acordo com a realidade e com as características organizacionais de cada cenário, portanto, acredita-se em um processo de transferência mais ativa.

No domínio “práticas do TDO”, observa-se que Piracicaba apresentou avaliações desfavoráveis em relação à autonomia da pessoa com TB em TDO e quanto a existência de um plano individual para a pessoa com TB. O município de Indaiatuba apresentou respostas favoráveis em relação as mesmas variáveis.

A participação e a decisão da pessoa com TB acerca de seu tratamento, sobretudo na elaboração do plano de cuidado individual, são consideradas pela Política Nacional de Humanização em Saúde, a qual preconiza uma atenção à saúde singular, baseada na criação de vínculo entre profissional, a pessoa acometida por alguma questão de saúde e familiares, levando em conta suas necessidades específicas para que, assim, sejam planejadas intervenções adequadas à sua realidade e, portanto, façam sentido para aquele que passa pelo tratamento, aumentando a capacidade de adesão (BRASIL, 2004).

Reforça-se ainda que a participação da pessoa acometida por TB na construção de seu projeto terapêutico individual possibilita a atuação de todos os envolvidos no tratamento, principalmente nas tomadas de decisão que afetam as necessidades de saúde, fortalecendo as relações de confiança entre a pessoa em TDO e o profissional que o executa, resultando assim em melhor adesão ao tratamento e consequente cura da doença (VILLA e RUFFINO-NETO, 2009; QUEIROZ et al., 2013), o que se daria por meio do estímulo à sua autonomia.

A atitude de não considerar a vontade e o desejo da pessoa em TDO pode resultar em um distanciamento e na falta do conhecimento do doente com TB sobre o processo saúde-doença, retirando do indivíduo sua condição autônoma e o considerando enquanto um mero agente passivo do cuidado (SOUSA et al., 2016; ZOBOLI, 2016). Um estudo realizado com pessoas adoecidas por TB e profissionais de saúde, na Noruega, verificou que as abordagens autoritárias sobre o TDO refletiam no controle da doença. Apesar de enfatizar a atuação do profissional sobre as práticas de assegurar planos terapêuticos individuais para as pessoas com TB e também a participação daqueles em TDO na elaboração do plano de cuidado, ainda assim, ressalta-se o pouco espaço para negociação sobre o TDO, e a forma rígida como este está organizado (SAGBAKKEN et al., 2012).

A medicalização, termo adotado por sociólogos no final da década de 60, para se referir à apropriação da vida do homem por meio da medicina, foi altamente criticada por estudiosos quando, de um modo geral, sinaliza a intervenção da medicina no corpo social, e estabelece normas, protocolos e condutas ao comportamento das pessoas, que de alguma forma deveriam total obediência ao profissional de saúde, situação que viria a retirar totalmente sua autonomia (CONRAD, 2007; GAUDENZI, 2012).

Dessa forma, quanto menos controle a pessoa com TB em TDO tiver sobre a doença, mais facilmente se estabelece uma relação de dominação e consequente “conclusão do tratamento” (SAGBAKKEN et al., 2012). No entanto, essa ideia de medicalização engendrada pelo profissional de saúde, faz com que a pessoa com TB se sinta forçada a tomar os medicamentos sem, ao menos, compreender o motivo pelo qual o faz, condição que torna esta relação entre profissional e pessoa sob cuidados coercitiva e punitiva (OGDEN, 2007).

Convém observar que, para a operacionalização do TDO, o MS preconiza algumas modalidades de supervisão do tratamento, o que inclui a supervisão domiciliar; na unidade de saúde; no sistema prisional e a supervisão compartilhada (BRASIL, 2011a). Enquanto isso, a estratégia *END TB* recomenda o TDO em casos necessários, que sejam avaliados a respeito da necessidade de se implementar essa modalidade de tratamento (WHO, 2015). Dessa forma, espera-se uma equipe atenta para identificar as necessidades da pessoa com TB e que, coletivamente, negocie a modalidade de tratamento que melhor se adapte à realidade do sujeito em tratamento (QUEIROZ et al., 2012).

Todavia, a falta de uma abordagem centrada na pessoa acometida por TB, pode ser reafirmada em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, no qual se analisou a discursividade da pessoa sobre a assistência recebida durante o tratamento, que registrou o desconforto do entrevistado na imposição do TDO, devido ao fato de não ter sido considerada sua autonomia relacionada à modalidade de tratamento a ser recebida. Assim, reafirma que, apesar da pessoa estar acometida por uma doença crônica, isso não a torna passiva nas decisões relacionadas ao seu tratamento, mas sim que devem ser analisados os casos de TB considerando suas especificidades, a fim de garantir a regulação da autonomia e assegurar a flexibilização das ações, desde que isso não comprometa a execução do tratamento (SURNICHE, 2015).

Em relação à adaptação das ações de controle da TB à área de abrangência, experiências em âmbito nacional e internacional mostraram a importância desta ação sobre a efetividade do TDO, o que pode resultar na redução da incidência e do abandono do tratamento (GETAHUN et al., 2013; GONZALES, et al., 2008; SCHNEIDER, 2006).

No entanto, um aspecto contribuinte para a adesão da pessoa com TB ao TDO depende da adaptação deste tratamento à realidade da área na qual a pessoa reside, tendo em vista que questões de vulnerabilidade ligadas à pobreza, analfabetismo e uso de álcool e drogas são consideradas como fatores determinantes para o abandono do tratamento (GONZALES et al., 2008; SOUSA et al., 2016).

Neste aspecto, faz-se necessário o estabelecimento da relação de vínculo entre profissional de saúde e a pessoa com TB em TDO, para que os profissionais estejam atentos ao contexto sociocultural da pessoa com TB, o que pode favorecer o reconhecimento e a valorização das situações de vulnerabilidade, permitindo compreender o modo como a pessoa adoecida enfrenta o processo saúde-doença, promovendo uma oportunidade para emancipação (TERRA e BERTOLOZZI, 2008; SOUZA et al., 2014).

Assim, retomando o conceito da TP, que consiste na transferência de uma política de um determinado contexto a outro (DOLOWITZ; MARSH, 1996), identificou-se que é necessária uma série de adaptações para a realização do TDO por todos aqueles envolvidos no processo de transferência, desde os tomadores de decisão, até os executores que o operacionaliza. Deste modo, a equipe de saúde que executa o TDO deve ter como responsabilidade perceber as necessidades de saúde da pessoa acometida por TB, na perspectiva de valorizar também a subjetividade concebida pela doença, e não somente os aspectos técnicos e normativos (SOUZA et al., 2014).

O município que apresentou maior proximidade com as respostas desfavoráveis sobre equipe multiprofissional foi Piracicaba, enquanto Indaiatuba apresentou proximidade com as respostas favoráveis sobre este item. Apesar de ter sido citada, em outro momento deste estudo, a alta rotatividade dos profissionais médicos nos serviços da APS, a presença e a participação destes, bem como a dos técnicos em enfermagem no TDO, foi identificada como favorável segundo a percepção dos entrevistados.

No município de Piracicaba, o modo centralizado de se realizar algumas ações de controle da TB (consulta médica, exames e diagnóstico), apenas em um serviço,

enquanto o TDO ocorre nas UBS e ESF, pode ser um ponto que contribui para a percepção negativa dos profissionais no que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, sugerindo uma característica fragmentada do processo de trabalho.

Convém destacar que, nessa perspectiva, o trabalho de caráter fragmentado na produção do cuidado à pessoa com TB em TDO não somente fragiliza a integralidade da atenção, comprometendo o desempenho das equipes na atenção à TB (SILVA et al., 2014), mas também compromete o envolvimento de todos os atores no processo de expansão e manutenção da política do TDO (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011), tendo em vista que a responsabilidade e coordenação das ações do TDO a nível micropolítico são assinaladas aos profissionais de saúde, e depende da integração entre eles para sua execução (GARCIA, 2001; SOUZA, 2009).

Ademais, a concepção de saúde do SUS, pretende superar o modelo centrado na doença, pressupondo o trabalho multiprofissional como um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Peduzzi (1998) define o trabalho em equipe como uma modalidade coletiva que propõe intervenções e cooperação por meio da comunicação entre os diferentes profissionais, a fim de construir um projeto assistencial comum e pertinente para atender as necessidades de saúde de maneira integral. No entanto, a simples composição de equipe em um serviço de saúde não corresponde necessariamente ao trabalho multiprofissional. Para que isso ocorra adequadamente, é necessário que haja comunicação e articulação entre diferentes membros que compõem a equipe de saúde (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Os canais de comunicação são importantes em todo o processo da TP, e os profissionais de saúde são produtores e facilitadores das informações no processo de TP no contexto local (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Corroborando com essa ideia, um estudo conduzido na Paraíba apresentou a solidariedade e a sensibilização da equipe multiprofissional quando os profissionais relatam o envolvimento com a pessoa em tratamento e utilizam recursos próprios para atender as necessidades de saúde da comunidade, o que mostra a realização de um esforço múltiplo como favorecedor do trabalho em rede por meio do compromisso e do compartilhamento dessas ações (SÁ et al., 2011).

Na análise do domínio “Estratégias para melhorar a atenção à pessoa com TB”, verificou-se que o município de Piracicaba apresentou resultados desfavoráveis em relação à estratégias para promover adesão à pessoa com TB ao TDO, recursos

comunitários para apoiar a pessoa com TB e desenvolvimento de ações intersetoriais, enquanto Indaiatuba apresentou resultados favoráveis em relação a estratégias para promover adesão da pessoa com TB ao TDO e desenvolvimento das ações intersetoriais.

No que se refere à adesão da pessoa com TB ao TDO, o município de Indaiatuba apresentou potencialidade na percepção dos profissionais sobre as estratégias que são utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento. Acrescentando-se a isso, como já dito anteriormente, as estratégias existentes para incentivar a adesão ao TDO, referem-se à cesta básica, durante o tratamento, o vale transporte para garantir assiduidade nas consultas e o TDO, incluindo até mesmo uma premiação, caso ocorra a alta por cura (HINO et al., 2011).

A concessão destes benefícios requer a disciplina das pessoas que estão em acompanhamento diário pelo serviço, e estes deverão comparecer a todas as consultas e realizar os exames mensalmente (MAZZEI et.al., 2003). Assim, o fornecimento desses benefícios atuaria enquanto um fator promotor de incentivo para a pessoa com TB manter o tratamento adequadamente. Alguns autores se posicionam contra estes benefícios, reconhecendo que os mesmos podem até colaborar para a recuperação do indivíduo, mas, em contrapartida, também podem funcionar como um aspecto negativo que favorece a pessoa com TB a prolongar o tratamento e receber por mais tempo os benefícios sociais (QUEIROZ et al., 2012).

Diante da complexidade que permeia o contexto de vida da pessoa acometida pela TB, visto que esta é uma doença fortemente influenciada por determinantes sociais (SANTOS, 2007), a atual estratégia de controle recomenda como um de seus pilares a assistência centrada na pessoa com TB, sobretudo, propõe a articulação entre os setores para combinar o tratamento com políticas de proteção social (WHO, 2015). Deste modo, não se consegue centralizar a atenção à pessoa adoecida se não ocorrer uma avaliação dos elementos sociais envolvidos e reconhecer estratégias para fortalecer a adesão ao tratamento.

Reafirma-se a importância do serviço de saúde em avaliar as condições de vida das pessoas e identificar potenciais parceiros e recursos comunitários a fim de permitir a recuperação física e também emocional, garantindo a continuidade do tratamento (OBLITAS et al., 2011).

Verifica-se que, no município de Piracicaba, ainda é incipiente o desenvolvimento de ações intersetoriais, fato que representa uma importante

dificuldade na execução do TDO, pois, considerando-o enquanto uma política que propõe uma abordagem multidisciplinar, compreende-se que a participação de outras instituições que não seja apenas o setor saúde, exerce um apoio para a viabilização do tratamento (QUEIROZ et al., 2011).

Assim, nessa perspectiva, a escassez de ações intersetoriais identificadas neste e em outros estudos pode fragilizar o combate à TB, interferindo no acolhimento e na resolutividade das demandas encontradas no cotidiano das pessoas em TDO quando, na verdade, recorrer aos demais segmentos e setores de apoio social, tem se configurado como uma forma de garantir recursos para a concretização do controle da doença e assegurar a oferta de um serviço de qualidade (CLEMENTINO et al., 2016; SÁ et al., 2011).

Deste modo, a nova estratégia da OMS prevê a possibilidade de modelos alternativos para a realização do TDO e por isso, torna-se importante pensar na transferência da política do TDO enquanto uma inspiração, e não como uma simples cópia, tendo em vista que cada contexto possui suas especificidades. Desse modo, devem ser fornecidas orientações gerais e estratégias que auxiliem na expansão de ideias e reflexão sobre as possibilidades locais.

Destaca-se como uma limitação do estudo o fato de que a análise da percepção dos profissionais de saúde sobre a TP do TDO envolveu apenas os aspectos referidos pelo próprio ator responsável por executar a política, sem considerar a percepção da gestão e daqueles responsáveis pela coordenação das ações de controle da TB em ambos os municípios, fato este que pode contribuir para supervalorização dos profissionais sobre as ações, exigindo assim, devidas moderações ao se proceder as análises dos dados.

Dessa forma, considera-se necessário que haja outras investigações que possibilitem a compreensão da TP do TDO segundo a percepção de todos os atores envolvidos na atenção à TB, incluindo os gestores e coordenadores dos programas de controle da doença.

Este estudo mostrou a importância em analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a TP do TDO. Contudo, sugere-se que novos estudos sejam realizados para interpretar e compreender estes resultados, os quais podem lançar mão, por exemplo, do uso de um método de investigação de abordagem mista, voltado à integração de métodos quantitativos e qualitativos.

CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

O estudo identificou que o município de Piracicaba apresentou resultados desfavoráveis na avaliação da TP do TDO da TB segundo a perspectiva dos profissionais entrevistados. Em contrapartida, a maioria das ações avaliadas neste estudo apresentou resultados favoráveis para o município de Indaiatuba, situação que pode evidenciar diferenças na percepção dos profissionais que exercem as ações de controle da TB de acordo com a estrutura organizacional de atenção à doença do cenário em que atuam.

Identificou-se que o fato de pertencer à ESF levou o profissional de saúde a avaliar de forma favorável a TP do TDO, indicando maior incorporação dessas ações ao cotidiano daqueles que atuam nesse tipo de serviço de saúde. No entanto, embora a ESF tenha mostrado aspectos positivos para esta avaliação, tal fato não foi o suficiente para que o município de Piracicaba apresentasse melhores indicadores das ações voltadas ao controle da TB, tendo em vista as elevadas taxas da doença.

Destaca-se neste estudo, a complexidade que envolve ofertar o cuidado à pessoa em TDO, tendo em vista que essa prática ultrapassa o âmbito patológico e abarca também questões de cunho social e relacionadas à organização do processo de trabalho, tais como a falta de inovações para trabalhar com TDO e promover a adesão ao tratamento, a pouca participação popular nesse processo, a desmotivação profissional, a falta de autonomia da pessoa em TDO, a inexistência de um plano individual à pessoa em tratamento, a falta de estratégias para promover a adesão da pessoa com TB ao TDO, a presença de poucos recursos comunitários para apoiar a pessoa em tratamento, além das fragilidades no desenvolvimento de ações intersetoriais.

À vista disso, segundo o referencial teórico da TP, o desenvolvimento deste trabalho ajuda a compreender como ocorre a TP do TDO nos municípios estudados, sobretudo a analisar os elementos que são capazes de influenciar na execução e na TP do TDO, elementos estes como, inovação das ações de TB, estratégias que melhoram a atenção à pessoa em TDO, percepção e reconhecimento da importância do TDO pelos profissionais de saúde, atividades educativas direcionadas à equipe de saúde dentre outros. Este estudo também pode se constituir como instrumento para

orientar e direcionar a prática de gestores e profissionais de saúde na tomada de decisões e no conhecimento sobre a complexidade que envolve a transferência e manutenção do TDO e também para que a sociedade civil e organizada tenham informações que auxiliem no fortalecimento e qualificação das ações de controle da TB, que revela potencial para promover melhora no tratamento da pessoa adoecida.

REFERENCIAS

REFERÊNCIAS

ALVES, R.S. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.3, p.650-7, 2012. Acesso em: 15 nov. 2016

ARAKAWA, T. et al., Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.4, [9 telas], 2011. Acesso em: 15 nov. 2016

ARAKAWA, T. **Avaliação de desempenho do programa de controle da tuberculose em municípios paulistas (2010)**. 135 p. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015. Acesso em: 15 nov. 2016

ATUN, R.A., et al. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. **Health Policy**., v. 74, n.2, p. 122-32, 2005. Acesso em: 15 nov. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. **Perfil municipal Indaiatuba, Piracicaba**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil>>. Acesso em: 15 nov. 2016

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas ESF e ESB nas áreas prioritárias da ABS (NOAS 2001). Brasília, 2002a.

_____. **HUMANIZA SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.

_____. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Sistema de Saúde – Indicadores epidemiológicos**, 2015. Acesso em: 18 jan. 2017

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES - DATASUS**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 de set. 2016.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria Nº 2.669, de 3 de Novembro de 2009**. Gabinete do ministro. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. **Objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008**. Brasília, 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html>.
Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica SUS nº 1/1996**. Brasília, 1996b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.
Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2001**. Brasília, 2001. Acesso em: 20 de set. 2016.

_____. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>.
Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.
Acesso em: Acesso em: nov. 2016.

_____. **Sistema de Nota Técnica do DAB**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 13. nov. 2016c.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 13. nov. 2016.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012 Disponível em: <em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 08 de ago. 2016.

_____. **Equipe de Saúde da Família. Como Funciona?**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 19 de jan. 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Panorama da Tuberculose no Brasil – Indicadores Epidemiológicos e Operacionais**. Brasília, 2014b. Acesso em: 18 de jan. 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Boletim Epidemiológico**. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília, v.47, n.13, 15p. 2016. Acesso em: 18 de jan. 2017.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. v. 46, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em: 12 de mar. 2017.

_____. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2011b. Acesso em: 12 de mar. 2017.

_____. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, 2011a. Acesso em: 12 de mar. 2017.

_____. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0106pnct2.pdf>>. Acesso em: 15 de set. 2016.

_____. **Plano Nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília, 2017. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 14 de março 2017.

BELLUOMINI, M; TAGUSAGAWA, H.K. Sequência do tratamento de curta duração da tuberculose pulmonar em unidades sanitárias do Vale do Paraíba, 1980-1981, São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Pulo, v.18, p. 466-75, 1984. Acesso em: 10 de jan. 2017.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J TubercLungDis**. Paris, v. 15, n. 9, p. 1140-48, 2011. Acesso em: 10 set. 2016.

BODSTEINS, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002. Acesso em: 10 set. 2016.

BOJORQUEZ, I. et al., Surveillance or support: The experience of direct observation during tuberculosis treatment. *Glob Public Health*, 2016.

BRUNELLO, M.E.F, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.2, p.176-82, 2009.

BZUNECK, J. A. A motivação do aluno: aspectos introdutórios. Em: E. Boruchovitch e J. A. Bzuneck (Orgs.) *A motivação do aluno*, 3ª. Edição, pp. 9-36. Petrópolis: Vozes, 2004.

CALIARI, J.S; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.** v.15, n.1. p.43-47, 2012. Acesso em: 18 de jan. 2017.

CAMACHO, T.S. **Teorias de transferência de políticas públicas: um estudo crítico e ilustrado com o caso da transferência do bolsa escola para o Equador.** 118p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná, 2011. Acesso em: 18 de jan. 2017.

CARDOSO, C.G., HENNINGTON, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança, v.9, supl.1, 85-112, 2011. Acesso em: 18 de jan. 2017.

CECÍLLIO, H.P.M.; MARCON, S.S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n.1, e8425, 2016. Acesso em: 18 de jan. 2017.

CESAR, M.C. et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde Debate**, v.38, n. especial, p.296-306, 2014. Acesso em: 18 de abr. 2017.

CHAUDHRY, L,A, et al. Clinical consequences of non-compliance with directly observed therapy short course (DOTS): Story of a recurrent defaulter. **International Journal of Mycobacteriology**, v.1, n. 2, p. 99-103, 2012. Acesso em: 18 de abr. 2017.

CHIDA, N. et al. Determinants of Default from Tuberculosis Treatment among Patients with Drug-Susceptible Tuberculosis in Karachi, Pakistan: A Mixed Methods Study. **PlosOne**, v.10, n.11, e0142384, 2015.

CLANCY, L. et al. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. **European Respiratory Journal**, n. 4, p. 1288-1295, 1991.

CLEMENTINO, F.C. et al. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Texto Contexto – Enferm**, v.25, n.4, 2016. Acesso em: 18 de abr. 2017.

COELHO, A.A, et al. Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.5, p.792-800, 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Piracicaba – São Paulo**, 2015a. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135436>>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Indaiatuba – São Paulo**, 2015b. Disponível em <<http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135238>>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

CRIBARI-NETO, F.; ZEILEIS, A. Beta Regression in R. **Journal of Statistical Software**, v.34, n.2, p.1–24, 2010.

CRUZ, M.M. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p.217-24, 2012.

CUNHA, N.V. **Descentralização das ações de controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em um bairro de São Gonçalo/RJ, 2010**. 119 p. dissertação (Mestre em Ciências), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. Acesso em: 18 de abr. 2017.

DAS, M., et. al. Directly-observed and self-administered tuberculosis treatment in a chronic, low-intensity conflict setting in india. **PlosOne**, v.9, n.3, e92131, 2014.

DIAS, A.A.L, et al., Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Rev. Rene**, v. 14, n.6., p. 1133-40, 2013. Acesso em: 10 out. 2016.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. **Political Studies**, XLIV, p.343-357, 1996. Acesso em: 10 set. 2016.

DOLOWITZ, D. A Policy-maker's guide to Policy Transfer. **The Political Quarterly**. v. 74, n. 1, p. 101-108, 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-923X.t01-1-00517/abstract>>. Acesso em: 20 de jul. 2016.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Policy transfer: a framework for comparative analysis. In. MINOGUE, M; POLIDANO, C; HULME, D (Eds.), **Beyond the new public management**. Northhampton, MA: Edward Elgar, 1998. Acesso em: 20 de jul. 2016.

DOLOWITZ, D.; GREENWOLD, S.; MARSH, D. Policy Transfer: Something Old, Something New, Something Borrowed, But Why Red, White And Blue? **Parliamentary Affairs**. Oxford, v. 52, n. 4, o. 719, 1999. Acesso em: 20 de jul. 2016.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. **Governance**. Malden, v. 13, n. 1, p. 5-23, 2000. Acesso em: 20 de jul. 2016.

EJETA, E.; CHALA, M.; AREGA, G.; AYALSEW, K.; TESFAYE, L.; BIRHANU, T.; DISASSA, H. Outcome of Tuberculosis patients under directly observed short course treatment in western Ethiopia. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v.9, n.7, p.752-9. Acesso em: 10 de jul. 2015.

EVANS, M. Research article: policy transfer in a critical perspective. **Policy studies**. v. 30, n. 3. p. 243-268, 2009. Acesso em: 10 de set. 2016.

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding Policy Transfer: A Multi-Level, Multi-Disciplinary Perspective. **Public Administration**. Malden, v. 77, n. 2, p. 361-85, 1999. Acesso em: 20 de jul. 2016.

EVANS, M. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. **Public Administration**, v.84, n.2, p.479-515, 2006. Acesso em: 20 de jul. 2016.

EVANS, M. (ed.). **New Directions in the Study of Policy Transfer**. Routledge. New York, 2010.

FADEL, C.B., et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.445-56, abril 2009.

FELDMAM, L.B.; RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Criatividade e inovação na gestão de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 6, n.8, p.239-42, 2008. Acesso em: 10 de jul. 2015.

FERRARI, S.L.P; CRIBARI-NETO, F. Beta Regression for Modelling Rates and Proportions. **Journal of Applied Statistics**, v.31, n.7, p.799-815, 2004.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5. 2009. Acesso em: 20 de jul. 2016.

FILHO, E.T.S.; GOMES, Z.M.S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev Saúde Pública**, v.41, supl.1, p.111-16, 2007.

FISEHA, D; DEMISSIE, M. Assessment of Directly Observed Therapy (DOT) following tuberculosis regimen change in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. **BMC Infect Dis.**, v. 30, n. 15, p. 405, 2015. Acesso em: 10 de jul. 2015.

FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C.; **Fundamentos de Epidemiologia**. 2ª Edição, Manole, 2011.

FREEMAN, R. **Policytransfer in the health sector**. Forum conference paper, Florence: European university institute sector, 1999.

GALAVOTE, H.S. et al., Avaliação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um Programa de Referência ao Controle da Tuberculose no Município de Vitória-Espírito Santo. **Revista de APS**, v. 18, p. 281-292, 2015.

GARCIA, E.M.; LEAL, M.L. Implementation of the Municipal Tuberculosis Control Program in Marataízes, Espírito Santo State. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.559-64, set. 2015. Acesso em: 10 de jul. 2015.

GARCIA, G. G. Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Revista Panamericana de Salud**, v. 9, n. 6, p. 406-412, 2001.

GETAHUN, B, et al. Treatment outcome of tuberculosis patients under directly observed treatment in Addis Ababa, Ethiopia. **Braz j Infect Dis**, Salvador, v.17, n.5, p. 521-28, set. 2013.

GONZALES, R.I. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-34, 2008. Acesso em: 17 jan. 2016.

GREENHALGH, T.; ROBERT, G.; MACFARLANE, F.; BATE, P.; KYRIAKIDOU, O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. **The Milbank Quarterly**, v.82, n.4, p.581-629, 2004.

GREENHALGH, T. et al. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. **The Milbank Quarterly**, v.82, n.4, p.581-629, 2004.

GERHARDT, G; ROSEMBERG, A.M.F.A. **O controle da tuberculose no Brasil**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tsiologia, 2011.

HAIR, J.R. et al. **Análise Multivariada de dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HIJJAR, M.A. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, (supl.1), p.50-8, 2007.

HIJJAR, M.A. et al. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.9-16, Dez. 2001. Acesso em: 10 de jan. 2017.

HIJJAR, M.A; PROCÓPIO, M.J. Tuberculose: Epidemiologia e Controle no Brasil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.15-23, dez. 2006. Acesso em: 10 de jul. 2015.

HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.Esp.2, p.1656-60, 2011. Acesso: 17 jan 2016.

HOUBEN, R.M.G.J. et al. Feasibility of achieving the 2025 WHO global tuberculosis targets in South Africa, China, and India: a combined analysis of 11 mathematical models. **The Lancet Global Health**, Canadá, v4, n.11, e806-e815. Acesso em: 10 de nov. 216.

IBANÊS, A.S.; JUNIOR, N.C. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sci**, São Paulo, v.38, n.1, p.25-32, set. 2013.

INDAIATUBA (Município). Prefeitura Municipal de Indaiatuba. Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba. **Atenção Básica**. Indaiatuba (SP), 2016. Acesso em: 12 jan. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 10 jan.de 2017.

_____. **Cidades**. Brasília, 2016a. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>> . Acesso em: 10 jan.de 2017.

_____. **Cidades**. Brasília, 2016 b. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 10 de jan 2017.

JONG, M; KONSTANTINOS, L; MAMADOUH, V. An introduction to institutional transplantation. In. DE JONG, M; KONSTANTINOS, L; MAMADOUH, V. **The theory and practice of institutional transplantation**. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2002. p. 1-15.

KRITISKI, A.L. et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Revista de Saúde Pública**, v.41, supl.1, 2007. Acesso em: 12 jan.de 2016.

LAVÔR, D.C.B.S. et al. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.50, n. 2, p. 245-52, 2016.

LEITE, R.S. et al. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p.323-29, 2016.

LIEURY, A.; FENOUILLET. Motivação e aproveitamento escolar. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, n. 24, p. 105-125, 2005. Acesso em: 10 de nov. 216.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. v.3, n.3, p.119-122, 2012. Acesso em: 10 de nov. 216.

MACIEL, M.S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Cli. Med**, São Paulo, v. 10, n.3, p.226-30, Jun, 2012.

MACIEL, E.L.N.; SALES, C.M.M. A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.1, p. 175-78, mar. 2016.

MARQUIEVIZ, J., et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p.265-71, 2013.

MARSIGLIA, R.M.G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.900-911, 2011. Acesso em: 10 de nov. 216.

MARTINEZ, C.C. Different approaches to policy transfer. In: UNDESA. Innovations in Governance and Public Administration: replicating what works. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2006.

MAZZEI, A.M.A. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.11, n.2, 2003

MCLAREN, Z.M.; et. al. Does directly observed therapy improve tuberculosis treatment? More evidence is needed to guide tuberculosis policy. **BMC Infectious Diseases**, v. 16, 2016.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS – Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade. 2001.

MENZIES, N. A., et al. Cost-effectiveness and resource implications of aggressive action on tuberculosis in China, India, and South Africa: a combined analysis of nine models. **Lancet Glob Health**, v.4, n.11, e816-26, 2016. Acesso em: 10 de nov. 216.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo horizonte: UFMG, 2005.

MONCAIO, A.C.S. **Práticas Discursivas dos gestores sobre a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose – Manaus (AM)**. 136p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

MONROE, A.A., et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.42, n.2, p.262-67, 2008. Acesso em: 22 jan. de 2016.

MUNIZ, J.N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p.315-21, 2005.

NAHID, P. et al. Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. **Clin Infect Dis**, v. 63, n.7, e147-95, 2016. Acesso em: 10 de nov. 216.

NASCIMENTO, A. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1161-72, Jun. 2013.

OBLITAS, F.Y.M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.

OGDEN, J. Health Psychology: A Textbook. 4th Edition, McGraw-Hill, p.281-282, 2007.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**. v. 57, p. 179-188, 2003.

OLIVEIRA, R.C.C. et al . Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 6, p. 1069-1077, dec. 2015 .

OLIVEIRA, R.C.C. et al. Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, L.G.D., et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 997-1008, junho 2010.

OLIVEIRA, S.A.C.; et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**. Vol. 17, n.3, p.361-7, 2009. Acesso em: 22 jan. de 2016.

OXLADE, O; MENZIES, D. Putting numbers on the End TB Strategy – an impossible dream? **The Lancet Global Health**, Canadá, v.4, n.11, e764-e765. Acesso em: 10 nov. 2016.

OSPINA, R.; FERRARI, S.L.P. Inflated beta distributions. **Statistical Papers**, v.23, p. 111-126, 2010.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 143-182, 2013.

PIRACICABA (Município). Prefeitura Municipal de Piracicaba. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. **Atenção Básica**. Piracicaba (SP), 2016. Acesso em: 10 set. 2016.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PERUHYPE, R.C. **O planejamento e a execução da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado no município de Porto Alegre (RS)**. 180p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

PIERANTONI, C.R. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 637-47, 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Acesso em: 22 jan. de 2016.

QUEIROZ, E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010. Acesso em: 10 set. 2016.

QUEIROZ, E.M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-77, 2012. Acesso em: 11 set. 2016.

REGO, C.C.D. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n.3, 2015.

REIS, S.P. et al. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26 n.1 Brasília, 2017.

ROCHA, G.S.S., et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1483-96, jul. 2015.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 4th ed. New York, NY, USA: free press, 1995.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v37, n.96, p.139-47, 2013.

ROSE, R. Lesson-drawing in PublicPolicy: a guide to learning across time and space. **Chatham House Publishers**, 1993. 176 p.

ROSE, R. What is lesson drawing? **Journal of public policy**, v.11, p.3-30, 1991.

RUFFINO-NETTO A, Villa TCS (org). Tuberculose: implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil, histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: FMRP/ REDE TB-USP; 2006. 204p.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**. Brasília, v.10, n.3, 2001. Acesso em: 11 set. 2016.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**, Brasília, v.35, n.1, p.51-8, 2002. Acesso em: 10 jan. de 2016.

_____. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.4, p. 159-62, 2000. Acesso em: 10 jan. de 2016.

SÁ, L.D, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev.Eletr. Enfe**, v.15, n.1, p.103-11, 2013.

SÁ, L.D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3917-24, set. 2011.

SÁ, L.D., et al., Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, [09 telas], 2011.

SAAD-HUSSEIN, A.; MOHAMMED, A. Trend of application of World Health Organization control strategy of tuberculosis in Egypt. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v.4, n.3, p. 195-202, setembro de 2014.

SAGBAKKEN, M. et.al. Humiliation or care? a qualitative study of patients and health professionals experiences with tuberculosis treatment in Norway. **Scand J. caringSci**, v. 26, n.2, p.313-23, 2012.

SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.5, p. 689-94, 2009.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.41, supl.1, p.89-94, set. 2007.

SÃO PAULO. Fundação sistema estadual de análise de dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Informações dos Municípios Paulistas**. 2017.

SCHNEIDER, H. et al. Health systems and implementation of disease programmes: case studies from South Africa. **Glob Public Health**, v.1, n.1, p.49-69, 2006.

SILVA, D.M., et al. Avaliação de desempenho de serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.48, n.6, p.1044-53, 2014.

SILVA L.M.C. et al. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.38, n.2, p.129-35, 2015. Acesso em: 11 set. 2016.

- SILVA, L.M.C. **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFCOC-TB)**. 177p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.
- SMITHSON, M.; VERKUILEN, J. A Better Lemon Squeezer? Maximum-Likelihood Regression with Beta-Distributed Dependent Variables. **Psychological Methods**, v. 11, n. 1, p. 54–71, 2006.
- SOUZA, K.M.J. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v.48, n.5, p. 874-82, 2014. Acesso em: 11 set. 2016.
- SOUSA, L.O. et al. Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Rev.Bras. Enferm**, v.69, n.6, p.1089-98, 2016.
- SOUZA, K.M.J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.4. p.904-11, 2010.
- SOUZA, L. E. P. F. de. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.911- 918, 2009.
- STASINOPOULOS, D.M.; RIGBY, R.A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**, v. 23, n. 7, 2007.
- STONE, D. Transferagent sand global networks in the transnationalization'of policy. **Journal of European public policy**. London, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.
- STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. **Caderno de Textos: EducarSUS**. 2003, p. 284.
- SURNICHE, C.A. **A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva**. 121 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.
- TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n.4, p. 659-64, 2008.
- UNITED NATIONS. **United Nations Millenium Declaration**. 2000. Disponível em:< <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> >. Acesso em: 20 de set. 2015.
- VANDAN, N.; PRASAD, A.M.; KUROIWA, C. Assessment of doctors' knowledge regarding tuberculosis management in Lucknow, India: a public-private sector comparison. **Public Health**, v.123, n.7, p.484-9, 2009.

VENDRAMINI, S.H.F., et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, p.171-3, 2007.

WENDLING, A.P.B.; MODENA, C.M.; SCHALL, V.T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n.1, p.77-85, 2012.

WERMELINGER, M. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.45, p.54-70, 2010.

VICENTIN, G.; SANTO, A.H.; CARVALHO, M. S. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 253-63, 2002.

VILLA, T.C.S., RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **J Bras Pneumol**, v.35, n.6, p.610-2, 2009.

WYSOCKI, A.D. et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 161-75, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **DOTS: un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS**. Geneva:WHO, 1999. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67891/1/WHO_CDS_TB_2002.297_fre.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2015.

_____. **Implementing The End TB Strategy: The Essentials**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:<
http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2015.

_____. **Global Tuberculosis Report (2014)**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2015.

_____. **Global Tuberculosis Report (2016)**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em:<
http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 10 de ago. 2015.

_____. **Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing**. Geneva: WHO, 2009.

_____. **STOP TB PARTNERSHIP. Annual Report 2001**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:

<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/annualreports/Final_report2001.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **Annual Report 2014**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.stoptb.org/resources/publications/annual_reports.asp>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **The Global Plan to Stop TB 2011-2015**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/tb_globalplantostoptb2011-2015.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **The Stop TB Strategy**. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millenium Development Goals. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **Working together for health - working together for health**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **World Health Statistic 2011**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

WU, P.S. et. al. Assessment of changes in knowledge and stigmatization following tuberculosis training workshops in Taiwan. **J Formos MedAssoc.**, v.108, n.5, p.377-85, 2009.

YAMAMURA, M., et al. Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para produção do cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.35, n.2, p.60-6, jun., 2014.

YADAV, A. et al. Treatment practices in pulmonar tuberculosis by private sector physicians of meerut, Uttar Pradesh. **Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sicences**. v.54, p.161-64, 2012.

ZOBOLI, E. Autonomia e coerção na justa medida do tratamento da tuberculose. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.20, n.58, p.760-2, 2016. Acesso: 17 jan 2017.

APÉNDICE

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 a 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__.

ANEXO I – 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
ATP-IINFOC-TB

Etapa 1: Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em tuberculose

Cód. Cenário

No.

Nível Form.

Data

1.	Iniciais: _____		
2.	Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino	3.	Data de Nascimento: ____/____/____
4.	Função: _____	5.	Tempo que exerce a atual função: ____ anos 99- ☐ NSI

Dimensão Informação

Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialme nte	3 Indiferente	4 Concordo parcialme nte	5 Concord o	Não se aplic a	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).								
Dimensão Conhecimento									
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.								
13	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.								
14	A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.								
15	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.								
16	A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.								
17	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.								
Dimensão Inovação									
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 auto-administrado).								

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 novas 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 auto-ajuda, 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.								

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

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 III – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA PARA COLETA DE DADOS

Prefeitura Municipal de Indaiatuba

Papel para informação, rubricado como folha nº. _____

Processo nº. 14933

de 15 /06/2016 (a) 16

1º Enfª Rita (Delegada)
Para ciência e autorização

Sto.

16.06.16

Viante em 16/06/2016

De acordo com a solicitação encaminhada para autorização do Sr. Secretário Municipal de Saúde - C. J. R. Rêgo, e goz a coordenação do programa - DST/ HIV / AIDS / TB / M H - Pânico para os procedimentos.

[Assinatura]
C. J. R. Rêgo
Secretário Municipal de Saúde

Ar. Sr. Secretário

Para ciência e autorização

[Assinatura]
16.06.16

Autorizado

17-06-16

[Assinatura]
Sr. João Roberto de Almeida
Secretário Municipal de Saúde
CRA 12676

ANEXO IV– AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA PARA COLETA DE DADOS

Piracicaba, 15 de abril de 2015.

Prezada Senhora,

Acusamos o recebimento da solicitação de V.S. para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação da transferência do tratamento diretamente observado de tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil", com a participação do Programa de Tuberculose do município de Piracicaba.

Este gestor municipal de saúde, preliminarmente, acata o presente pedido, condicionando o início dos trabalhos à apresentação da aprovação do mesmo pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Atenciosamente,

Dr. Pedro Antonio de Mello
Secretário Municipal de Saúde

Exma. Sra.

Enf.^a Monica Cristina Ribeiro Alexandre D'Auria de Lima.