

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELLEN CRISTINE RAMDOHR SOBRINHO

**AVALIAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO  
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO PARA  
TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO/SP: VISÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

São Carlos – SP  
2014

ELLEN CRISTINE RAMDOHR SOBRINHO

**AVALIAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO  
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO PARA  
TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO/SP: VISÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (SP) – UFSCar, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem.  
Inserida na linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

São Carlos - SP

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

R169at

Ramdohr Sobrinho, Ellen Cristine.

Avaliação da transferência de política do tratamento diretamente observado para tuberculose em Ribeirão Preto/SP : visão dos profissionais de saúde / Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho. -- São Carlos : UFSCar, 2014. 97 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Tuberculose. 2. Terapia diretamente observada. 3. Serviços de saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD: 616.995 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ELLEN CRISTINE RAMDOHR SOBRINHO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 06/06/2014  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

*R/ Rosely Moralez de Figueiredo*

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo  
(PPGEnf/UFSCar)

*Pedro Fredemir Palha*

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha  
(EERP/USP)

*Fabiana de Sousa Orlandi*

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Fabiana de Sousa Orlandi  
(DGERO/UFSCar)

*Priscilla Cortense*

\_\_\_\_\_  
Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Priscilla Hortense

*Aos profissionais de saúde, especialmente os que trabalham com a Atenção à Tuberculose. Que todos possam usufruir desta pesquisa e buscar atualização e capacitação profissional, sendo estes imprescindíveis para a realização de uma assistência à saúde de qualidade.*

*Agradeço, primeiramente à Deus por trazer sabedoria e discernimento para realizar este trabalho com dedicação e paciência, me fortalecendo nos momentos difíceis.*

*Aos meus queridos pais, Ella e Carlos, por me incentivarem e me impulsionarem a nunca desistir dos meus sonhos. Os quais através de muito sacrifício e empenho puderam me proporcionar uma ótima educação. Muito obrigada por todo amor, compreensão e ensinamentos, sem os quais não poderia estar aqui. Amo Vocês!*

*À minha amada irmã Rayssa, pelo carinho, amizade e incentivo nesta fase da minha vida, compartilhando experiências e me apoiando sempre.*

*Ao meu namorado, pelo companheirismo, paciência, carinho e amor concedidos, pois soube compreender o meu momento de dedicação aos estudos, e pelo respeito e apoio na concretização deste sonho.*

*À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Rosely Moralez de Figueiredo, por sempre acreditar no meu potencial, por me apoiar e incentivar sempre a seguir a carreira acadêmica. Muito obrigada pelo exemplo de vida pessoal e profissional, pela dedicação, carinho e atenção, sem os quais não seria possível o meu crescimento acadêmico e profissional.*

*Ao Prof<sup>o</sup> Dr. Pedro Fredemir Palha e sua orientanda de Doutorado Laís Mara Caetano da Silva por todos os ensinamentos, auxílio e partilha de conhecimentos durante esse processo.*

*Aos meus amigos (inclusive os do grupo de pesquisa), pelo companheirismo, amizade, compreensão e apoio durante esta fase da minha vida. Por todos os momentos de ajuda e descontração.*

*Aos profissionais de saúde que aceitaram colaborar e participar desta pesquisa, pois sem vocês esta pesquisa não seria possível.*

*À FAPESP, que através da concessão da bolsa de mestrado, possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.*

SOBRINHO, E. C. R. Avaliação da transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose em Ribeirão Preto/SP: visão dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 97 p., 2014.

## RESUMO

A tuberculose é considerada um grande problema de saúde pública no mundo, sendo o Brasil classificado como o 16<sup>a</sup> país de maior incidência da doença. Para reverter e priorizar esse quadro foi lançada a estratégia DOTS, na qual se recomenda a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da doença. Compreender o modo como as políticas públicas, em especial o TDO, estão sendo implementadas e transferidas para a realidade brasileira mostra-se muito importante visto que estas afetam a rotina diária de inúmeros serviços de saúde. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar a transferência de política do tratamento diretamente observado no município de Ribeirão Preto/SP. Espera ainda analisar e compreender o processo de transferência dessa política do TDO segundo a vivência dos profissionais de saúde na implementação dessa política em sua rotina, tomando como análise três dimensões que perpassam a transferência de políticas: informação, conhecimento e inovação. Trata-se de um estudo transversal, no qual participaram todos os profissionais de saúde que atuam junto ao TDO no município. Os dados foram coletados através de dois instrumentos. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (80,8%), possuindo de 41 a 50 anos (50%), sendo a maioria pertencente à equipe de enfermagem (69,2%) e com média de tempo de serviço de 10,5 anos. Foram encontradas dificuldades principais em relação às discussões sobre o TDO com a população, treinamentos e capacitações, participação dos doentes na elaboração do plano de cuidado individual, autonomia na escolha da modalidade de tratamento, criação de novas estratégias para trabalhar com o TDO e utilização de recursos comunitários. Na comparação das médias obtidas junto com as variáveis sociodemográficas observou-se associação estatística em relação aos fatores idade, função e tempo de serviço. Os resultados deste estudo evidenciaram que existem algumas fragilidades em relação ao TDO no município. Além disso, também concluiu que a Transferência de Política, segundo os profissionais de saúde, ocorreu de forma voluntária no município.

**Palavras-Chave:** Tuberculose, Terapia Diretamente Observada, Serviços de Saúde, Enfermagem.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AR – Ambulatório de Referência

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DOTS – Directly Observed short-time Treatment Strategy

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GEOTB – Grupo de Estudos Epidemiológicos-Operacionais em Tuberculose

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MESH – Medical Subject Headings

MS – Ministério da Saúde do Brasil

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não Governamental

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa de Saúde da Família

Rede TB – Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TB – Tuberculose

TB-MDR – Tuberculose multidroga resistente

TB-WEB – Sistema de Informação Estadual de Controle de Pacientes com Tuberculose

TP – Transferência de Política

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VE – Vigilância Epidemiológica

WHO – World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Dados epidemiológicos da tuberculose no período de 2000 à 2010 no município. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012 .....	48
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição do número de casos novos de TB no município no período de 2000 à 2010. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012 .....	46
--	----

<b>Gráfico 2</b> – Distribuição da taxa de incidência de tuberculose (por 100.000 hab.) no período de 2000 à 2010. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012 .....	47
--	----

<b>Gráfico 3</b> – Evolução da taxa de cobertura do TDO em relação ao número total de casos de TB encontrados no município. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012 ...	49
---	----

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados que trabalham nos Programas Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 50
- Tabela 2** – Valor médio e desvio padrão dos itens da dimensão de “Informação”, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 51
- Tabela 3** - Valor médio e desvio padrão dos itens da dimensão de “Conhecimento”, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 52
- Tabela 4** - Valor médio e desvio padrão dos itens da dimensão de “Inovação”, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 54
- Tabela 5** – Distribuição das frequências dos itens da dimensão “Informação” do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 55
- Tabela 6** – Distribuição das frequências dos itens da dimensão “Conhecimento” do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 56
- Tabela 7** – Distribuição das frequências dos itens da dimensão “Inovação” do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 57
- Tabela 8** – Distribuição das associações estatísticas relevantes (p-valor) entre as variáveis sócio demográficas e os itens do instrumento de coleta de dados, segundo os profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014 ..... 58

## SUMÁRIO

1.0 APRESENTAÇÃO .....	12
2.0. INTRODUÇÃO .....	14
2.1. Tuberculose como Problema de Saúde Pública.....	15
2.2. Tratamento Diretamente Observado .....	16
2.3. Tuberculose nos Serviços de Saúde.....	21
2.4. Revisão de Literatura – DOTS e TDO.....	23
3.0 REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
3.1. Revisão da literatura – Transferência de Políticas.....	29
4.0 OBJETIVOS .....	32
4.1. Objetivo geral .....	32
4.2. Objetivos específicos .....	32
5.0 MATERIAL E MÉTODOS .....	34
5.1. Delineamento do estudo.....	34
5.2. População do estudo.....	35
5.3. Local do estudo.....	35
5.4. Critérios de inclusão.....	38
5.5. Critérios de exclusão.....	39
5.6. Instrumentos e Coleta de dados .....	39
5.6.1. <i>Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município.....</i>	39
5.6.2. <i>Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto ao TDO no município....</i>	40
5.7. Plano de análise dos dados .....	42
5.7.1 <i>Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município .....</i>	42
5.7.2 <i>Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto ao TDO no município .....</i>	42
5.8. Aspectos éticos da pesquisa.....	44
6.0 RESULTADOS .....	46
6.1. <i>Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município .....</i>	46
6.2. <i>Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto ao TDO no município .....</i>	50

7.0 DISCUSSÃO .....	61
7.1. Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município .....	61
7.2. Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto ao TDO no município.....	64
8.0 CONCLUSÃO .....	73
9.0 REFERÊNCIAS .....	76
10.0 APÊNDICES.....	84
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	87
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	91
11.0 ANEXOS .....	96
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	96
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética 2 .....	97

# *Apresentação*

### 1.0 APRESENTAÇÃO

Este estudo está inserido dentro do projeto multicêntrico “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região sul, sudeste, nordeste e norte”, aprovado pelo Edital Universal CNPq número 14/2011, financiado sob o processo número 479180/2011-3. O estudo está sendo desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GEOTB/EERP-USP), juntamente com a Rede Brasileira de pesquisas em Tuberculose (REDE-TB) em quatro municípios, sendo um da região sudeste (Ribeirão Preto-SP), um da região sul (Porto Alegre), um da região norte (Manaus-AM) e outro da região nordeste (João Pessoa-PB).

O grupo GEOTB tem como propósito buscar apoio para avançar no estudo da temática “Atenção à Tuberculose” em sistemas de saúde através de uma equipe de pesquisadores que vem desenvolvendo estudos de forma integrada, reunindo pesquisadores de entidades governamentais (coordenação estadual e municipal), instituições de ensino superior (Estaduais e Federais), estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica, Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional.

A Universidade Federal de São Carlos é uma das colaboradoras deste projeto de edital universal e espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços que atendem aos doentes de TB. Este estudo que tem como tema central avaliar a Transferência de Política (TP) do Tratamento Diretamente Observado (TDO) no município de Ribeirão Preto/SP, analisando a implantação, manutenção e cobertura desta prática no município; ressaltando a identificação dos aspectos epidemiológicos, sociais, históricos e políticos; e expondo informações que contribuam para o planejamento e sustentabilidade de tal prática.

# *Introdução*

---

---

## 2.0. INTRODUÇÃO

### 2.1. Tuberculose como Problema de Saúde Pública

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, potencialmente prevenível e curável, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta predominantemente os pulmões. É um agravo considerado como um problema de saúde pública no Mundo, sendo assim preocupa diversas autoridades mundiais (PROTTI *et al.*, 2010; BRASIL, 2011a). Além disso, se classificada como a segunda causa de mortes por doenças infecto contagiosas em todo o mundo, após o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (WHO, 2013).

Trata-se de uma doença relacionada à pobreza, à presença de conglomerados e às situações de vulnerabilidade social. Os estudiosos da área a referem como uma “doença negligenciada e esquecida das políticas públicas”, principalmente devido à realização de grandes investimentos em estudos sobre o tratamento da doença e não sobre sua prevenção (RUFFINO-NETO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou que o ano de 2012 obteve uma incidência de 8,6 milhões de casos de TB no mundo, correspondendo à 122 casos/100.000 habitantes. Desses 8,6 milhões, os homens apresentaram a maior concentração da doença (5,2 milhões de casos), seguido pelas mulheres (2,9 milhões de casos) e crianças (0,5 milhões de casos). No mesmo ano, foram registrados 1,3 milhão de mortes por TB, sendo 940.000 mortes de pessoas não co-infectadas, registrando um declínio de 45% desde 1990. A prevalência da doença foi estimada em 12 milhões de casos, equivalendo a 169 casos/100.000 habitantes, registrando uma redução de 37%. Estes dados demonstram que desde a década de 1990, as taxas de incidência, prevalência e mortalidade da doença estão em constante declínio (WHO, 2013).

Dos 22 países que são responsáveis por 81% de toda a incidência da doença no mundo, o Brasil situa-se na 16ª posição em relação ao número de casos. No ano de 2012, foram notificados 71.230 casos novos da doença, sendo que destes, 60.933 eram de tuberculose pulmonar. A doença alcançou 4,9 mil mortes no ano, excluindo os casos de co-infecção, o que equivale a 2,5 de mortes por 100.000 habitantes. Além disso, o país apresentou uma taxa de 76% em relação ao sucesso

do tratamento, sendo a maior taxa de sucesso registrada entre os 22 países com a maior incidência da doença (WHO, 2013). Isso significa que apesar do país apresentar uma alta incidência da doença, ele está tentando reverter esse quadro.

No Brasil, a distribuição de casos se concentra em 315 municípios dos 5.564 existentes no País, corresponde a uma totalidade de 70% dos casos (MS, 2013).

O estado de São Paulo é o maior detectador no número absoluto de casos e o Rio de Janeiro é o estado que apresenta a maior incidência da doença (BRASIL, 2011a). Em São Paulo, no ano de 2010, foram notificados 18.571 casos de TB, sendo 16.165 casos novos (SÃO PAULO, 2011a). Ribeirão Preto é um dos 73 municípios prioritários para o controle da doença no Estado (PINTO; PAULA; PARRON JR, 2006), no ano de 2010, notificou 178 casos da doença, sendo 165 casos novos, seis recidivas e sete retratamentos após abandono (SÃO PAULO, 2011b).

Os números apresentados manifestam a expressão de um grande problema de saúde pública que necessita de políticas públicas adequadas e efetivas para o controle dessa doença.

Portanto, o tratamento da tuberculose ainda é muito complexo e demorado, envolvendo vários atores e setores de saúde e o abandono ainda é um dos grandes obstáculos no controle da doença. Visto isto, a OMS recomendou a implantação da estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short-Course), sendo o Tratamento Diretamente Observado (TDO), o principal componente para o controle da doença.

### **2.2. Tratamento Diretamente Observado**

A TB passou a ser vista como prioridade no cenário internacional a partir de 1993, sendo declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como emergência mundial e foi pedido aos governos, comunidade científica e sociedade civil, para redobrem seus esforços para o controle da doença. Em consequência disso, a OMS recomendou e estabeleceu a estratégia DOTS a fim de controlar a doença com a implantação de um conjunto de atividades, objetivando o controle da TB. (BRASIL, 2010a; BARREIRA; GRANGEIRO, 2007). Essa estratégia prevê o

alcance de metas estabelecidas em relação à doença, como detecção de 70% dos casos, cura de 85% dos casos tratados e redução das taxas de abandono do tratamento (BRASIL, 2011a).

Esta estratégia pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da doença e se fundamenta em cinco pilares: compromisso político com o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com supervisão da ingesta medicamentosa; fornecimento e gestão eficaz dos medicamentos e, por fim, sistema de monitoramento e avaliação ágil que permita o acompanhamento dos casos (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011a). Portanto, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) se encaixa como o quarto componente da estratégia DOTS, sendo considerado um dos fatores cruciais para o aumento das taxas de cura da doença e diminuição da disseminação da mesma, melhorando, assim, os indicadores de saúde existentes.

O TDO sendo um elemento-chave da estratégia DOTS visa, portanto, fortalecer a adesão do paciente ao tratamento e prevenir o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, melhorando a probabilidade de cura da doença e reduzindo o abandono do tratamento (BRASIL, 2011a). Ele consiste na supervisão da ingesta medicamentosa, de preferência diária, de segunda à sexta-feira na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção. Deve ser administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada para tal atividade e monitorada por um enfermeiro, colocando tal profissional como participante ativo na administração do TDO (BRASIL, 2010a). Esta atividade é vista por Barreto *et al.* (2011), como uma estratégia para evitar o desenvolvimento da TB multirresistente (BARRETO *et al.*, 2011).

Portanto, a implantação dessa modalidade de tratamento constituiu uma mudança visível na forma de administrar os medicamentos, fazendo com que um profissional treinado passasse a observar a tomada da medicação do paciente, garantindo a conclusão do tratamento e reduzindo as taxas de abandono do mesmo (BRASIL, 2011a). Essa estratégia operacional é recomendada para todos os casos de tuberculose (novo ou retratamento) e vai muito além da observação da ingesta

medicamentosa. O profissional e o serviço de saúde, ao participarem ativamente do tratamento, eles acabam estabelecendo um vínculo muito forte com o doente, removendo as barreiras que impedem a adesão, usando estratégias de reabilitação social e melhorando a autoestima do doente (BRASIL, 2011a).

A escolha dessa modalidade de tratamento deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o doente, levando em consideração a realidade vivenciada pelo paciente e a estrutura oferecida pelo serviço de saúde. Além disso, o tratamento também recomenda como estratégias motivadoras, o uso de incentivos (lanches, auxílio alimentação, cesta-básica e etc.) e os facilitadores de acesso como o vale-transporte (BRASIL, 2011a).

O local da administração do medicamento deve ser pactuado entre o profissional e o doente, tendo em vista as particularidades de cada caso, e normalmente são consideradas quatro tipos de modalidades de supervisão: domiciliar, na unidade de saúde, prisional e compartilhada. O final do TDO é definido como a observação de, no mínimo, 24 tomadas de medicamentos na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção (BRASIL, 2011a).

No ano 2000, os Estados Membros das Nações Unidas assumiram, em uma Assembléia do Milênio, a meta de combater o HIV/Aids, malária e outras doenças, incluindo a TB. Esse compromisso, visava deter até 2015, a prevalência e a mortalidade relacionada à tuberculose. Além disso, foi elaborado um documento, o qual considerava a TB como uma importante doença estigmatizante e que inclui entre os seus afetados, além de mulheres e crianças, grupos marginalizados e vulneráveis como: presidiários, pacientes com aids, entre outros (WHO, 2002a). Essa Assembléia foi muito importante para a ampliação das diretrizes do DOTS, ocorridas em 2002, focando ações relacionadas à associação TB/HIV e a resistência aos medicamentos (TB-MDR). Nessa ampliação, foi fundamentada a identificação de no mínimo 70% dos casos bacilíferos e a cura de 85% dos casos, segundo as metas estabelecidas pela OMS (WHO, 2002b).

Em 2006, a OMS em parceria com a STOP TB Partnership, lançou o Plano Global Stop TB, que era uma estratégia de controle e cuidados em TB. Essa estratégia estava associada a novas metas globais a fim de reduzir o número de casos da doença e de mortes, fixando metas para o ano de 2015. Essas metas

consistiam na redução de metade das taxas de prevalência e morte por TB e na eliminação da doença até o ano de 2050 (WHO, 2013).

Em 2007, a OMS avaliou e reconheceu que as metas de detecção e cura estabelecidas para o ano de 2005 não foram atingidas apesar dos avanços ocorridos em alguns países. Em consequência disso, foi lançado o Plano Global de Combate a Tuberculose (The Global Plan to STOP TB 2007-2015), o qual descrevia as ações necessárias para atingir as metas preconizadas anteriormente e reduzir a incidência, prevalência e as taxas de mortalidade da doença (DYE; HOSSEINI; WATT, 2007). Atualmente, o plano de estratégia e controle da doença abrange o período de 2011-2015, sendo preconizadas as mesmas metas dos anteriores (WHO, 2012).

No Brasil a estratégia DOTS foi lançada em 1996, através do Plano Emergencial para o Controle da TB. Neste plano, o Ministério da Saúde passou a recomendar a implantação do tratamento supervisionado, o qual foi formalmente oficializado em 1999 por meio do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) (BRASIL, 2004). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil definiu a TB como uma prioridade entre as políticas governamentais de saúde, preconizando as metas de detecção e cura estabelecidas pela OMS (RODRIGUES et al., 2007).

No ano de 2002, criou-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que trouxe o controle da TB como uma das estratégias da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo incorporada por todos os sistemas municipais de saúde. Sendo assim, visava à estruturação da Atenção Básica, que passava a ser também uma competência dos órgãos federativos subnacionais, nas quais deveriam estar incluídas ações de implantação e manutenção da estratégia DOTS e do TDO (BRASIL, 2002), que é o foco principal deste estudo.

Em 2006 foi lançada a estratégia Stop-TB/OMS, que visava alcançar as metas globais estabelecidas pela OMS. Esta estratégia tomou como sua principal questão a estratégia DOTS e acrescentou diversas ações, passando a apresentar seis componentes. Entre eles, encontravam-se: expandir e aperfeiçoar a qualidade da estratégia DOTS; tratar a coinfeção TB/HIV e implementar ações colaborativas que prevenissem e controlassem a TB-MDR, priorizando as pessoas do sistema prisional, refugiados, moradores de rua e outras populações vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde, participando das melhorias das políticas de saúde, recursos

humanos, financiamento, gestão, atenção e sistemas de saúde, compartilhando e adaptando inovações que fortaleçam o sistema de saúde; envolver todos os provedores da saúde, promovendo abordagens públicas e privadas e fazendo padronizações internacionais de atenção à TB; empoderar portadores de TB e comunidades, trabalhando com leis, comunicação, mobilização social, participação comunitária e carta de direitos do paciente e por fim, capacitar e promover pesquisas operacionais que desenvolvam novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas (BRASIL, 2011a).

Vale afirmar que no período de seis anos (2000-2006), a proporção de unidades de saúde que oferecem o TDO no país aumentou de sete para 81%, o que representa um indicador expressivo. Porém, este aumento ainda não recai positivamente sobre os indicadores de cura da doença, visto que tal realidade parece não atingir mais do que  $\frac{1}{4}$  dos pacientes em tratamento (BARRETO *et al.*, 2011).

Estudo que buscou identificar os significados da DOTS entre os profissionais de saúde verificou que estes desenvolvem o tratamento supervisionado a partir do que eles pensam ser adequado para o paciente, já que não há capacitação adequada. Além disso, para estes profissionais, a DOTS significa principalmente manter a atenção no doente para que ele não abandone o tratamento. Também consideram que a adesão é facilitada com a integração de algum membro da família no tratamento do doente. Além disso, a adesão à estratégia também pode ser facilitada com a presença de incentivos na instauração do projeto terapêutico. Portanto, verificou-se que a estratégia DOTS apoia a adesão ao tratamento, estando diretamente associadas (TERRA; BERTOLLOZI, 2008).

A estratégia DOTS possui algumas limitações que são apontadas pelos profissionais de saúde que trabalham na área. Entre elas, encontram-se a burocracia da estratégia, a falta de conhecimento dos profissionais em relação à estratégia, irregularidades no fornecimento dos incentivos e a responsabilização do profissional de saúde em relação ao tratamento do doente (TERRA; BERTOLLOZI, 2008).

Estudos sobre TB realizados no interior de São Paulo apontam fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde sobre a doença e sobre o TDO (SOBRINHO *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2013; DIAS *et al.*, 2013a). Portanto, existe a nítida necessidade de ações educativas específicas para os profissionais de

saúde que lidam com essa temática, visto que os mesmos desempenham um papel muito importante no controle da doença.

A estratégia DOTS foi implantada no município de Ribeirão Preto no ano de 1998, desde então, suas ações vêm sendo realizadas nos ambulatórios especializados, denominados Programas de Controle da TB (PCT). Estes estão localizados em quatro distritos (norte, sul, central e oeste) (NOGUEIRA *et al.*, 2006). Esta prática, segundo informações colhidas junto à coordenação do PCT, apresenta cobertura de 93% dos doentes em tratamento. Tal resultado se apresenta como relevante, porém, ao mesmo tempo, apontam-se fragilidades relacionadas à baixa detecção de casos, o que revela a importância em se analisar a cobertura do TDO e o modo como as transferências de políticas estão sendo implantadas no referido município.

### **2.3. Tuberculose nos Serviços de Saúde**

Na última década, o Ministério da Saúde definiu o controle da TB como uma de suas principais prioridades. Em consequência disso, passou a elaborar planos estratégicos e emergenciais para fortalecer e ampliar as ações de saúde a nível nacional, estadual e municipal (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Nesse contexto, o PNCT tem se articulado e estruturado para promover estratégias que visem a descentralização e horizontalização das ações de prevenção, vigilância e controle da TB. Isto vêm ocorrendo principalmente no âmbito da Atenção Primária, juntamente com parcerias entre os outros setores de saúde (BARREIRA, GRANGEIRO, 2007). Entretanto, ainda existem muitas diferenças de incidência da doença no país demonstrando a grande disparidade regional existente entre as unidades federadas, o que acaba justificando a adoção de medidas descentralizadoras a fim de viabilizar as políticas públicas (VILLA *et al.*, 2006).

No Brasil, os serviços de saúde que trabalham no controle da TB se diferem de outros países devido ao fato de estarem integrados à Atenção Primária e terem o suporte de um sistema público de saúde (WHO, 2008).

Com a expansão das ações de controle da TB para 100% dos municípios, a Atenção Básica (AB) tornou-se prioridade, sendo esta vista como a porta de entrada do doente com TB. Entretanto, apenas 60% dos casos são

identificados nesses serviços de saúde, demonstrando ainda poucas ações desenvolvidas na busca de casos (MS, 2013). Portanto, deve-se estimular parcerias entre os serviços para integrar as ações de vigilância em saúde, priorizando os Programas de Controle da Tuberculose (PCTs) nesses locais (BRASIL, 2011a; MS, 2013). Além disso, é necessário fortalecer as ações entre os PCTs e as gerências da AB, articulando-os no enfrentamento da doença (MS, 2013).

Neste cenário, a Estratégia Saúde da Família vêm como uma proposta de ampliação significativa das ações de controle da doença no país, principalmente na implementação da “busca ativa” em sua rotina, aproximando o doente aos serviços de saúde e aumentando as chances de conclusão do tratamento e cura. Entretanto, ainda torna-se necessário qualificar as equipes de saúde quanto à temática da TB (MS, 2013).

Para o ano de 2013, o MS estabeleceu como prioridade a ampliação do diagnóstico, com a ajuda de uma nova tecnologia (Teste rápido para TB), e o fortalecimento das ações na Atenção Básica. Devido à isso, o PNCT tem se aproximado do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) a fim de estabelecer ações conjuntas para enfrentar os determinantes sociais oriundos dessa doença (MS, 2013).

Apesar da prioridade que tem sido dada à expansão da estratégia DOTS no controle da TB, muitos problemas ainda persistem. O Brasil, sendo um país de grande extensão territorial e diferenças regionais, ainda não conseguiu atingir às metas preconizadas pela OMS. Entre os desafios que ainda persistem nesse processo encontram-se: insuficiência na formação de profissionais para enfrentar o problema; fragilidade no setor saúde dos municípios; falta de mobilização social no controle da doença; falta de financiamento regular ao PCT; falta da garantia de acesso universal, aos serviços de saúde, à todos os cidadãos e falta de incentivo nas pesquisas operacionais desse problema (RODRIGUES et al., 2007). Visto isto, torna-se extremamente necessário investir em pesquisas operacionais que avaliem e indiquem a qualidade da atenção à saúde prestada e às políticas de saúde implementadas em nosso país.

Essas avaliações têm por objetivo produzir dados confiáveis aos problemas de determinadas populações e melhoria no desempenho dos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2009). Desta forma, as avaliações normalmente são

observadas sob a perspectiva transdisciplinar, a qual se utiliza de conceitos, teorias e instrumentos de outras áreas de conhecimento a fim de contribuir na tomada de decisões na reorganização das ações avaliadas.

Em relação aos serviços de saúde, González *et al.*, 2008 realizou uma avaliação qualitativa junto aos doentes de TB e observou que o desempenho dos serviços de saúde é influenciado pela disponibilidade de recursos humanos/materiais, organização interna e ausência do doente no domicílio. As dificuldades de recursos materiais e humanos, o contexto sócio-cultural e econômico do doente foram identificados como os principais aspectos influenciadores no desempenho dos serviços de saúde. Desta forma, percebe-se que o bom desempenho na execução do TDO depende da garantia de uma estrutura mínima para a atuação das equipes e da integração dos esforços entre os diferentes atores no controle da TB, possuindo como finalidade a otimização de recursos e o desempenho consciente dos profissionais que estão neste contexto. Outro trabalho desenvolvido no interior de São Paulo também apontou os profissionais de saúde percebem a falta de recursos humanos e materiais como um dos pontos desfavoráveis do PCT (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

Portando, entende-se que analisar a transferência de política (TP) do TDO por meio dos profissionais de saúde se faz necessário visto que essa política está sendo efetivada em todo o contexto municipal. Além disso, merece uma avaliação do modo como tem sido conduzida em razão de sua importância para o controle da doença no que se refere a diminuição do abandono, redução da mortalidade e elevação das taxas de cura.

### **2.4. Revisão de Literatura – DOTS e TDO**

De acordo com a importância da problemática sobre TB fez-se necessário uma busca aprofundada e específica sobre a temática do DOTS e TDO publicada na literatura nacional e internacional. Devido a isso, foi realizado uma revisão sobre tudo o que está sendo publicado na área. A busca foi realizada na base de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On Line).

No primeiro momento, foi realizada a busca e identificação dos descritores indexados e pertencentes ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontrados os seguintes descritores: “tuberculose pulmonar”, “terapia diretamente observada” e “serviços de saúde”.

Na base de dados MEDLINE, ao cruzar os três descritores de assunto encontrados no DECS não foi encontrado nenhum resultado. Por isso optou-se pela utilização da combinação dos dois primeiros descritores de assunto. Nesse cruzamento foram encontrados 348 artigos no total, sendo que no período de 2009 à 2013 foram encontrados 108 artigos publicados.

Portanto, os critérios de inclusão selecionados para os artigos encontrados foram: artigos publicados de janeiro de 2009 à dezembro de 2013, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos publicados na íntegra, disponíveis online e que pertencessem ao objeto de investigação.

No início, foram selecionados apenas os artigos que se adequavam aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos e que pertencessem à uma das três línguas selecionadas, totalizando 97 artigos. A partir desses artigos selecionados, foram lidos o título e resumo de cada um deles para verificar se o mesmo estava adequado ao objeto de investigação. Sendo assim, foram selecionados 28 produções para leitura na íntegra.

No total, foram encontradas três produções nacionais e 25 internacionais, o que comprova que essa modalidade de tratamento vem sendo discutida tanto no contexto nacional quanto internacional.

Os estudos internacionais foram realizados de modo mais expressivo na França (seis produções), seguido pela Inglaterra (quatro produções). O Brasil encontra-se como o terceiro país de publicação dentre os artigos selecionados, juntamente com o Paquistão.

Os artigos encontrados, em sua maioria, estavam relacionados ao custo-efetividade, benefícios, percepções dos pacientes neste tipo de tratamento e opinião dos profissionais de saúde.

# *Referencial Teórico*

### 3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo possui como base conceitual a “Transferência de Política”, que é um assunto de cunho nacional e internacional que vem sendo estudado mais recentemente, revelando a importância da análise das políticas públicas nos diferentes contextos. As transferências de políticas são importantes em todos os países e envolvem diversos níveis, instituições e organizações. Sendo assim, essa abordagem é capaz de oferecer conceitos e teorias que possibilitem a análise de pesquisas operacionais através de uma nova perspectiva (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

De acordo com Dolowitz e Marsh (2003, p. 101), a Transferência de Política é definida como: *“processo pelo qual as políticas e/ou práticas de um sistema político são alimentadas e utilizadas na arena dos formuladores de política de outro sistema político”*.

Segundo eles (1996, p. 344), esse processo é definido como *“um processo no qual o conhecimento de ideias, instituições e programas em um tempo ou espaço é colocado na arena de decisões para o desenvolvimento de políticas e programas em outro tempo e contexto”*.

Evans (2006, p.480), traz esse conceito definido como: *“o desenvolvimento de uma política que objetiva embasar um processo ou uma série de processos nos quais o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas é transferido para outro setor ou nível de governança”*.

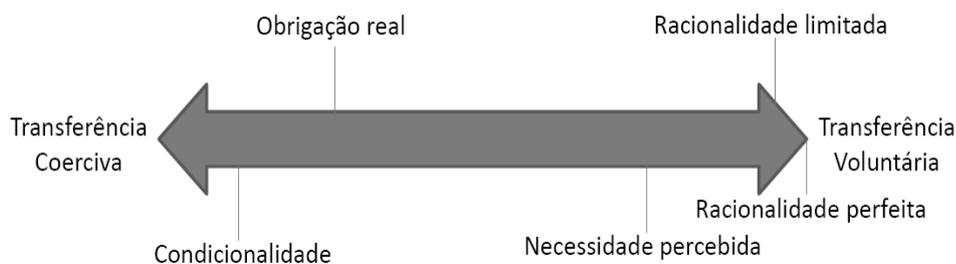
Adotaremos o referencial de TP utilizado por Dolowitz e Marsh (2003) e por Evans (2006), por serem considerados mais completos e detalhados, possibilitando analisar de forma mais abrangente o objeto de pesquisa.

Quando ocorre a TP, esta deve ser cuidadosamente analisada pelos tomadores de decisão, visto que estes devam ser capazes de entender os motivos pelos quais as políticas ou programas foram merecedores de maior atenção em detrimento de outros existentes. Isso torna necessário saber compreender e distinguir os dois tipos de transferências relatados pela literatura – a voluntária e a coerciva (DOLOWITZ; MARSH, 1998).

A transferência voluntária é originária de um problema ou insatisfação com a situação atual, tendo como consequência a busca da superação desta

situação de modo natural, portanto, a política adotada para esta situação é incorporada naturalmente. Normalmente os sujeitos envolvidos, nessa modalidade de transferência, buscam soluções que sejam facilmente adaptadas à política existente ou o desenvolvimento de uma nova política (DOLOWITZ; MARSH, 1996; DOLOWITZ; MARSH, 1998).

A transferência coerciva ocorre quando existe a obrigatoriedade de incorporação de uma política, independentemente da vontade dos agentes de mudança envolvidos em sua formulação. Normalmente ocorre quando um governo impõe à outro a adoção de uma determinada política (DOLOWITZ; MARSH, 1996; DOLOWITZ; MARSH, 1998).



**Fonte:** Adaptado de Turgeon; Gadnon; Michaud; Tremblay, 2008.

Segundo Dolowitz e Marsh (2000), a transferência pode ocorrer entre países, regiões, territórios, cidades ou distritos e entre diferentes níveis territoriais e podem ser reconhecidos quatro níveis de transferência: *Integral*, quando envolve uma transferência direta e completa de uma política ou programa; *Emulação*, quando envolve a transferência de ideias e princípios gerais de políticas e programas; *Combinação de diferentes ideias*, que ocorre quando há a combinação de diferentes ideias, originando novas políticas ou a combinação de duas ou mais experiências a serem desenvolvidas e *Inspiração*, quando ideias e orientações gerais de uma política são originárias de outro lugar, inspirando mudanças políticas em outra área, mesmo sem ter qualquer semelhança entre a política resultante e a original.

O processo de TP é contínuo e se dá através do envolvimento de diversos atores ou grupos, chamados por Turgeon *et al.* (2008) de agentes “oficiais” e “agentes não-estatais” de transferência. O primeiro grupo é representado por

indivíduos ou organizações estatais que trabalham em administrações públicas (profissionais, gestores) eleitos oficialmente, membros de partidos políticos, agências de governo ou forças-tarefas nacionais e internacionais. Já o segundo grupo, inclui as organizações não-governamentais (ONGs), institutos de pesquisa, universidades, grupos de pressão, organizações voluntárias e consultores multinacionais (TURGEON *et al.*, 2008). Neste trabalho, focaremos o primeiro grupo devido à sua importância no desenvolvimento e avaliação da transferência de uma determinada política, principalmente durante o estágio de implementação desta, nos serviços de saúde (DOLOWITZ; MARSH, 1998).

Existem diversos elementos que podem ser transferidos, entre eles encontram-se: políticas (objetivo, conteúdo e instrumentos), programas, instituições e ideologias (DOLOWITZ; MARSH, 2000). Segundo Stone (2004), os elementos transferidos podem ser classificados em duas grandes categorias: elementos duros e elementos leves. Os elementos duros são legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas. Os elementos leves são ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidas de outras políticas.

A transferência de políticas públicas pode ocorrer de forma que os tomadores de decisão não necessitem adotar a política como um todo, mas promover adaptações a partir de políticas originais, adaptando-as ao cenário local e à outro contexto. Os processos de transferência podem ser facilitados ou inibidos por alguns fatores como: a complexidade política, efeitos de interação, restrições institucionais, restrições na execução e linguagem (DOLOWITZ; MARSH, 1998). Este estudo tem como meta identificar e compreender os fatores que potencializam ou inibem a transferência do TDO, principalmente no contexto municipal da atenção à saúde, refletindo na assistência prestada.

Portanto, o presente estudo terá como foco a investigação da transferência do TDO, já que é uma política de saúde transferível de um sistema para o outro ou de um governo para o outro. E terá como questão norteadora: Como ocorre a transferência de política do TDO no município de Ribeirão Preto/SP?

### **3.1. Revisão da literatura – Transferência de Políticas**

Em consonância com a problemática que a TB representa para a saúde pública e as estratégias desenvolvidas para o controle da doença, faz-se necessário uma investigação profunda acerca das publicações sobre a temática a ser estudada. Portanto, foi realizado uma revisão sobre o que está sendo publicado na área sobre a transferência de políticas públicas, tanto no cenário nacional quanto internacional. Essa busca visou descobrir o que está sendo publicado no mundo sobre a transferência de políticas públicas no geral.

As buscas foram realizadas nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On Line) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

Na primeira etapa da revisão, ocorreu a busca e identificação dos descritores indexados e pertencentes ao DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e Mesh (Medical Subject Headings). Não foi encontrado nenhum descritor indexado que se referisse ao processo de TP. Portanto, optou-se por realizar uma revisão com o descritor não indexado: “transferência de políticas”/“policy transfer”, por considerá-los muito pertinentes ao estudo.

Os critérios de inclusão selecionados para os artigos encontrados foram: artigos publicados de janeiro de 2009 à dezembro de 2013, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos na íntegra, disponíveis online e que pertencessem ao objeto de investigação.

Na base de dados MEDLINE, ao utilizar o descritor em português ou inglês, não foi encontrado nenhum resultado ou menção do mesmo na referida base de dados.

Na base de dados CINAHL, foi utilizado apenas o descritor em inglês, devido aos tipos de publicações da mesma. Buscou-se produções que fossem publicadas de janeiro de 2009 à dezembro de 2013, com texto completo, resumo disponível e publicados na língua inglesa. Dentro destes critérios de inclusão foram encontrados 12 artigos.

Nenhum dos artigos encontrados abordava a TP na temática da TB. As publicações encontradas tratavam a TP em áreas como: conhecimento, idosos,

demência, trabalho de parto, políticas farmacêuticas, propriedades e uso da terra, câncer, formação, comunidade aborígine, pesquisa em saúde e educação.

Deste modo, nota-se uma lacuna na produção de conhecimentos sobre a questão da transferência de política. Além disso, os estudos existentes não compreendem a temática da TB. Devido a isso, essa pesquisa se faz muito necessária, pois abordará uma nova forma de compreender o processo de transferência de políticas do TDO segundo a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde, na implementação dessa política de saúde em sua rotina.

# *Objetivos*

---

---

## **4.0 OBJETIVOS**

### ***4.1. Objetivo geral***

Analisar a transferência de política do tratamento diretamente observado (TDO) no município de Ribeirão Preto.

### ***4.2. Objetivos específicos***

- ✓ Identificar e analisar o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Ribeirão Preto no período de 2000 a 2010.
- ✓ Identificar e analisar as tipologias (Coerciva e/ou Voluntária) da transferência de política do TDO sob a óptica dos profissionais de saúde.
- ✓ Identificar e analisar as estratégias de informação, conhecimento e inovação para a transferência de política do TDO junto aos profissionais de saúde.

# *Material e Métodos*

## **5.0 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1. Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva e corte transversal. Esta pesquisa se insere no projeto multicêntrico temático “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 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – Edital 014/2011).

Cabe ressaltar que esta pesquisa propõe um estudo avaliativo, cujo objetivo é avaliar a transferência de política do TDO no município. Segundo o referencial estudado, a TP pode ser desenvolvida de uma forma mais voluntária ou coerciva. Nesta perspectiva, buscou-se analisar, segundo a opinião dos profissionais de saúde envolvidos, como as equipes incorporam essas ações em seu cotidiano. Além disso, visou identificar o estágio no qual se encontra a transferência da política do TDO, tendo em vista que este pode se encontrar na fase de informação, conhecimento ou inovação.

A partir do referencial teórico escolhido para o estudo (Dolowitz e Marsh, 2000) pôde-se observar que a transferência da política do TDO é vista como um processo que perpassa por três fases consecutivas: Informação, Conhecimento e Inovação. Esse processo de transferência pode encontrar-se na fase em que a informação sobre o TDO foi recebida e parar nesse estágio, ou pode passar para a fase de conhecimento, onde o profissional assimila o que lhe foi informado. Pode ainda, avançar e se apresentar como uma inovação, transformando o que foi recebido (informação) e assimilado (conhecimento) em uma prática incorporada no cotidiano dos serviços de saúde (inovação). Além disso, a inovação também pode se referir a novas proposições ofertadas pelos profissionais de saúde e governos locais, a fim de consolidar uma dada política de saúde.

### **5.2. População do estudo**

Foram convidados a participar do estudo, todos os profissionais de saúde de Ribeirão Preto/SP que estão envolvidos com o TDO no município e que concordaram com o estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Esta população de referência é constituída por: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, totalizando uma média de seis a sete profissionais por unidade.

### **5.3. Local do estudo**

O município de Ribeirão Preto localiza-se na região Noroeste do Estado de São Paulo e conta com 649.556 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo o terceiro maior município do interior do Estado de São Paulo e apresentando uma área territorial de 650,955 km<sup>2</sup> (IBGE, 2013).

A cidade de Ribeirão Preto foi escolhida pelo fato de ser um dos municípios prioritários para o controle da doença no Estado de São Paulo, o qual se destaca por registrar um dos maiores números de casos da doença no Brasil.

Portanto, o município possui uma importante localização geográfica, com características sociais e econômicas relevantes. Além disso, encontra-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do Estado e do país e localiza-se próximo aos principais pólos econômicos do interior de São Paulo e de Minas Gerais (PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO, 2012).

A cidade conta com equipes de saúde com áreas delimitadas e significativas taxas de incidência de TB e co-infecção (TB/HIV). Além disso, possui o TDO implementado no sistema de saúde e exercem paralelamente, diversas parcerias entre as universidades, os serviços de saúde, equipes de PCT, Vigilância Epidemiológica (VE), a Estratégia de Saúde da Família (ESF)/UBS.

A cidade é um dos 73 municípios prioritários para controle da TB no Estado de São Paulo, de acordo com o Programa Nacional de Controle da

Tuberculose (PNCT), possuindo um dos maiores índices da doença no Estado de São Paulo (CVE SP, 2011).

Segundo informações da Divisão de Vigilância Epidemiológica do município, as doenças de notificação compulsória que apresentam maior número de casos são: aids, Dengue, Hepatite C, Hepatite B, Tuberculose Pulmonar e Meningite, seguida da Hanseníase, Teníase e Esquistossomose.

A rede de atenção à saúde do município está organizada em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), onde cada um conta com: uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (UBS com PACS), Ambulatórios de Especialidades e Unidades de Saúde da Família (USF) (RIBEIRÃO PRETO, 2009). Ao todo, a rede pública de saúde do município possui 36 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, sete Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, um Hospital Especializado, dois Hospitais Gerais, 10 Policlínicas, nove Postos de Saúde e dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (CNES, 2011).

Por sua vez, a atenção à TB no município ainda está organizada de forma centralizada, sendo distribuída em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central). Cada distrito de saúde conta com uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), a qual atua como referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Porém, atualmente só existem quatro UBDS ativas, pois a UBDS do distrito Leste encontra-se desativada. Os doentes de TB são, normalmente, diagnosticados nas unidades de Pronto-Atendimento e após encaminhados às UBDS para o tratamento e controle dos comunicantes. Além disso, os doentes também podem ser encaminhados das USF ou UBS. Cabe ressaltar que o processo de diagnóstico da doença pode ser demorado devido à dificuldade no estabelecimento do diagnóstico correto da mesma, a qual é, muitas vezes, confundida com outros agravos como pneumonia devido a sua sintomatologia semelhante. A modalidade de tratamento realizada predominantemente no município é o TDO, o qual é oferecido no local de preferência do usuário, podendo ser na residência, no trabalho ou no próprio PCT (SMS, 2011). Cabe ressaltar, neste

momento, que tais informações foram fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

A rede total de atenção à saúde é composta por 14 hospitais, cinco UBDS (PA), 28 UBS, 13 USF, um Centro de Referência DST/aids, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e três ambulatórios de Saúde Mental. Em relação à distribuição dessas unidades, observa-se que as UBS e USF se concentram nas regiões de maior vulnerabilidade social do município, principalmente nos distritos Oeste e Norte (BRUNELLO, 2013).

As UBDS prestam ações em nível secundário e atuam com equipes especializadas, compostas principalmente por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Algumas unidades ainda contam com visitantes sanitários e assistentes sociais. Dentre as ações desempenhadas no controle da doença destaca-se o diagnóstico da doença, notificação, seguimento dos comunicantes, busca de sintomáticos respiratórios e o TDO. Apesar das ações serem realizadas de forma centralizada, o diagnóstico da doença também é realizado pela USF, UBS, Pronto atendimento (PA) e hospitais, que encaminham o caso para tratamento e acompanhamento na UBDS. O município ainda pode contar com a retaguarda de um laboratório municipal conveniado à prefeitura (BRUNELLO, 2013). O município possui duas modalidades de supervisão de tratamento, compartilhado e auto-administrado, escolha feita de acordo com as especificidades dos doentes de TB (PALHA; SOUSA; SILVA, 2013).

No ano de 2010, a cidade apresentou 178 casos da doença, sendo 165 casos novos, seis recidivas e sete retratamentos após o abandono. O município possuiu uma taxa de cura de 84,78% dos casos, 2,17% de taxa de abandono e 1,09% de óbito no ano de 2009 (CVE SP, 2011). No mesmo ano foi registrado um percentual de cobertura do TDO de 85,1% (SÃO PAULO, 2014), sendo realizado através dos ambulatórios de referência localizados na cidade.

Estudo realizado no município por Palha *et al.* (2012), revelou que a taxa de cobertura do TDO era de 85,7%, sendo que dos 66 doentes que recebiam este tratamento, 57 (74%) recebiam a medicação na residência e nove (11,7%) nos serviços de saúde. Ao analisar a satisfação dos doentes quanto a essa modalidade

de tratamento identificou-se que tal prática é satisfatória, principalmente por fortalecer o contato do profissional junto ao usuário acometido pela TB. Por outro lado, outro estudo realizado no município de São Carlos, mostrou que alguns pacientes percebem o tratamento supervisionado como um dificultador na manutenção das atividades diárias, atrapalhando inclusive a rotina do emprego, principalmente pela necessidade de deslocamento do usuário até a unidade de saúde para a tomada supervisionada da medicação, exigindo muito esforço do doente (DIAS et al., 2013a; DIAS et al., 2013b).

Já Barreto *et al.* (2011) aponta que o tratamento é essencial para o controle da TB, sendo este monitorado pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e, no contexto do município de Ribeirão Preto, assim como em todo o estado de São Paulo, as informações são fornecidas para o sistema online TBWeb, que faz o controle do número de casos novos, retratamentos, abandono e óbito. Com essas informações em mãos, formula-se então, o Plano Municipal de Saúde quadrienal, cujo atual encontra-se no período de 2010 a 2013.

Portanto, trata-se de uma cidade pioneira na implantação do TDO no Estado de São Paulo, visto que iniciou suas atividades com a estratégia DOTS no ano de 1998. Em estudo realizado no mesmo município, verificou-se um crescimento constante na cobertura do TDO, aumento das taxas de cura e queda nos casos de abandono do tratamento. Esses dados refletem o impacto positivo dessa estratégia sobre os indicadores da doença (PALHA; SOUSA; SILVA, 2013).

#### **5.4. Critérios de inclusão**

- Profissionais que trabalhem em Unidades de Saúde que tenham o TDO implantado;
- Profissionais que estejam no cumprimento ou exercício de suas funções no momento da coleta de dados;
- Profissionais que possuam, no mínimo, um ano de experiência com o TDO;

### **5.5. Critérios de exclusão**

- Profissionais de saúde em período de férias ou afastamento por licença-saúde ou maternidade
- Profissionais que não tenham experiência de, no mínimo, um ano com o TDO.

### **5.6. Instrumentos e Coleta de dados**

A coleta dos dados, a fim de responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, se baseará em duas etapas.

#### **5.6.1. Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município**

Para atender ao primeiro objetivo específico deste trabalho foram coletados dados de fontes secundárias (sistema online TBWeb), junto à coordenação do PCT da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, relativas aos anos de 2000 a 2010, utilizando-se um instrumento específico (APÊNDICE B).

O instrumento buscou os indicadores numéricos anuais sobre: população total, população total de casos de TB, casos novos, casos com TDO, casos sem TDO, retratamentos, falência, abandono, óbito e cura. O instrumento foi organizado de modo a ser preenchido anualmente e posteriormente armazenado em um banco de dados no programa Excel, para posterior análise estatística. Esses dados retratam a situação da TB no município na fase pré e pós implantação do TDO.

A coleta de dados ocorreu no período de Julho à Setembro de 2012, através do sistema online TBWeb disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Cabe ressaltar que esta etapa já foi concluída.

**5.6.2. Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto a TP do TDO no município**

Para atender os outros objetivos da pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C), previamente validado pelo grupo de pesquisa GEOTB/EERP-USP e baseado no referencial teórico de Transferência de Política (DOLOWITZ; MARSH, 1996; DOLOWITZ; MARSH, 1998). Portanto, foi delineado um instrumento fechado, estruturado com base nas escalas de tipo Likert. Foram considerados itens que pudessem estimular os sujeitos participantes, sendo incluídas frases favoráveis e desfavoráveis sobre a transferência de política do TDO.

No instrumento, foram selecionadas frases (itens) objetivas onde os sujeitos da pesquisa deveriam manifestar seu grau de concordância, variando entre cinco níveis: Discordo, Discordo Parcialmente, Indiferente, Concordo Parcialmente e Concordo.

O questionário é composto por 39 itens distribuídos para avaliação de três dimensões: Informação, Conhecimento e Inovação. Trata-se de um instrumento auto-aplicável, que possui racionalidade econômica e se justifica pelo fato de serem incluídos todos os profissionais que atuam junto ao TDO no município. O total desta população provê maior representatividade dos dados, o que não ocorreria se fosse escolhida apenas uma amostra dessa população.

A dimensão de informação busca saber como as informações do TDO estão sendo discutidas, como a unidade e os profissionais se organizam nessas discussões e como se dá a interação entre a equipe de saúde e a coordenação do PCT. Portanto, o instrumento possui variáveis e indicadores sobre a discussão da implantação do TDO (entre a equipe de saúde e entre a coordenação municipal do PCT), interação entre a equipe de saúde e a coordenação do PCT durante essa implantação, considerações sobre as características do território e dos recursos disponíveis na unidade e utilização de estratégias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para motivar e envolver a equipe da unidade neste tipo de tratamento.

A dimensão de conhecimento busca saber se as equipes conhecem as diretrizes do TDO no município, os protocolos para acompanhamento do tratamento, se participam ou procuram participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO, se a equipe tem facilidade em colocar em prática as diretrizes do tratamento e se existe consenso na equipe sobre o significado e a importância do TDO.

Na dimensão de inovação, foram levadas em consideração as seguintes questões: Quais estratégias inovadoras foram ou estão sendo desenvolvidas para a adoção do TDO? Existem ações intersetoriais para a manutenção desse tipo de tratamento? Portanto, o instrumento possui frases sobre a presença de materiais educativos de TDO e sua utilização na unidade, existência de recursos humanos suficientes para a supervisão diária e de planos de cuidado para cada usuário inserido no tratamento, preocupação da equipe em sua expansão, uso de instrumentos para o acompanhamento do TDO, disponibilidade de insumos para incentivo à adesão, considerações sobre recursos comunitários para a manutenção do tratamento, contribuições do TDO para o autocuidado do usuário e existência de ações intersetoriais para a manutenção do tratamento.

Cabe ressaltar que este instrumento passou pelas três fases de validação (validação de conteúdo, semântica e construto) no grupo de pesquisa GEOTB de Ribeirão Preto. Portanto, o instrumento de coleta de dados somente foi aplicado após todas as etapas de validação estarem concluídas.

Os dados foram coletados de fevereiro a março de 2014. Vale informar que, antes do início da coleta, foi realizado um levantamento para a identificação dos profissionais das unidades de referência que estão envolvidos com essa modalidade de tratamento no município. Após, foram contatados os gerentes de cada unidade e apresentou-se os objetivos da pesquisa e sua interface com os aspectos éticos e relevância do estudo. A seguir, com a finalidade de operacionalizar a pesquisa, foi realizado um contato telefônico prévio a fim de expor os objetivos do estudo e convidar os sujeitos a participarem do mesmo. Após total concordância foi agendada a entrevista no local e horário de melhor conveniência para o entrevistado.

Durante a entrevista com os profissionais de saúde foram esclarecido os aspectos éticos da pesquisa, recolhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo participante e entregue o instrumento de coleta de dados auto-aplicável. Além disso, também foram esclarecidos nesta etapa, todas e quaisquer dúvidas que se fizeram necessárias.

Os participantes da pesquisa preencheram o instrumento de coleta de dados de forma individual e no ambiente de trabalho a fim de garantir o máximo de estímulo e fidedignidade nas respostas, conforme recomendações de Hair-Jr et al. (2005).

## **5.7. Plano de análise dos dados**

### **5.7.1 Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município**

Os dados coletados foram incluídos em um banco de dados junto ao programa *Excel*. A seguir, as informações foram transferidas para um arquivo do *software Statística 9.0*, da STATSOFT. Os dados obtidos foram analisados por meio de frequência simples, média, moda e mediana, quando necessário. A seguir, para ilustrar os resultados advindos do estudo, foram construídos quadros, tabelas e gráficos.

### **5.7.2 Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto a TP do TDO no município**

A segunda etapa deste estudo analisou a transferência de política do TDO em três dimensões: informação, conhecimento e inovação, sendo que cada dimensão citada possui diversos itens.

Portanto, para a análise estatística, os dados foram previamente codificados e organizados em um banco de dados em dupla entrada e comparação dos valores, utilizando-se o programa *Excel Microsoft 2010*. Após, os dados foram transferidos para um arquivo no *software SPSS (Statistical Package for the Social*

*Science*), da IBM. Estes dados foram analisados por meio de estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média e mediana) e medida de dispersão (desvio-padrão).

Os valores médios do instrumento utilizado são apresentados em tabelas que contêm a média e o desvio padrão. Para avaliar a confiabilidade do instrumento, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach cujo valor varia de zero a um, sendo que quanto maior o valor, maior a consistência interna do instrumento, indicando a homogeneidade na medida do constructo. Portanto, para considerar o grau de consistência interna como aceitável (boa confiabilidade) adotou-se o valor de referência igual ou superior a 0,60 (HAIR et al., 2005).

Para analisar as variáveis métricas ordinais foi realizado o teste exato de fisher, o qual verificou a existência de associações entre as variáveis socio-demográficas e os itens pertencentes a cada dimensão. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ou  $p \leq 0,05$ . O programa utilizado para a realização dos testes estatísticos foi o R 3.0.2. Para efeito de tomada de decisão foi adotado a probabilidade  $\leq 5\%$  ( $p \leq 0,05$ ) como o valor limite para considerar que um efeito observado no estudo é real, não sendo decorrente do acaso (COUTINHO; CUNHA, 2005).

A cada um dos itens das dimensões, foi dada uma classificação de acordo com a média das respostas atribuída pelos profissionais. Sendo assim, o item era considerado “insatisfatório” - quando os valores médios eram próximos de 1 e 2, “regulares” - quando os valores médios estavam próximos de 3 e “satisfatórios” quando os valores médios estavam próximos de 4 e 5. Este critério adotado foi semelhante a outro estudo, o qual avaliou o desempenho dos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (ANDRADE et al, 2011).

Após a classificação de cada item individualmente, obteve-se média de cada dimensão (informação, conhecimento e inovação), sendo que a soma das mesmas e sua divisão pelo número de dimensões existentes gerou a média total do instrumento utilizado. Com essa média total pôde-se inferir se a transferência de política foi voluntária ou coerciva. O critério utilizado foi o seguinte: Se a média total do instrumento estivesse mais perto de 5, a transferência de política era considerada como voluntária. Caso estivesse mais próxima de 1 era considerada coerciva.

### **5.8. Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo (ANEXO A) sob nº 153.566, em 26 de Novembro de 2012 e seguiu todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

# *Resultados*

---

---

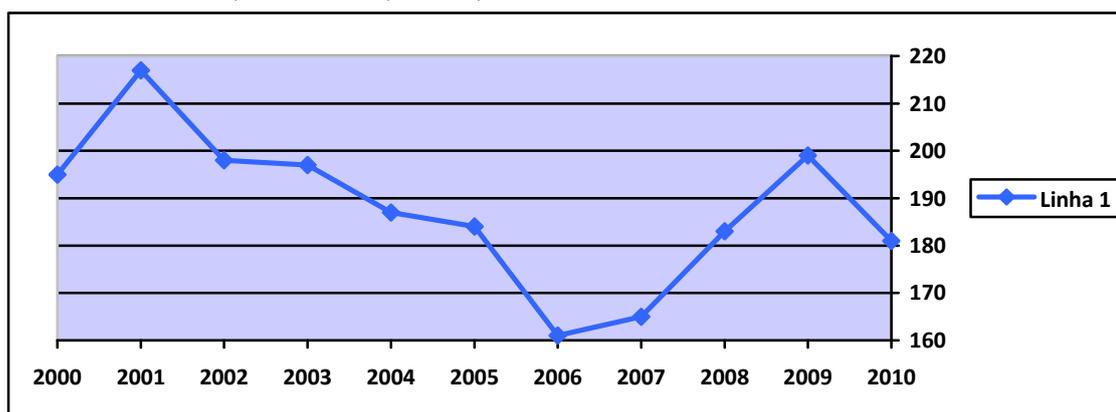
## 6.0 RESULTADOS

Os resultados também foram descritos em duas etapas. A primeira etapa constituiu-se nos resultados da análise dos dados secundários relacionados ao perfil epidemiológico da tuberculose no período de 11 anos (2000 a 2010). A segunda etapa foi composta pela avaliação dos profissionais de saúde sobre a transferência de política do TDO no município.

### 6.1. Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município

No período estudado, foram registrados 2.067 casos de TB no município, registrando uma média de 187,9 casos/ano. Nesses 11 anos, a incidência da doença apresentou um declínio considerável até o ano de 2006, seguido de elevação. Foram registradas as maiores taxas de incidência da doença nos anos de 2001 (217 casos) e 2009 (199 casos). As menores taxas foram registradas nos anos de 2006 (161 casos) e 2007 (165 casos), como evidenciado no **gráfico 1**.

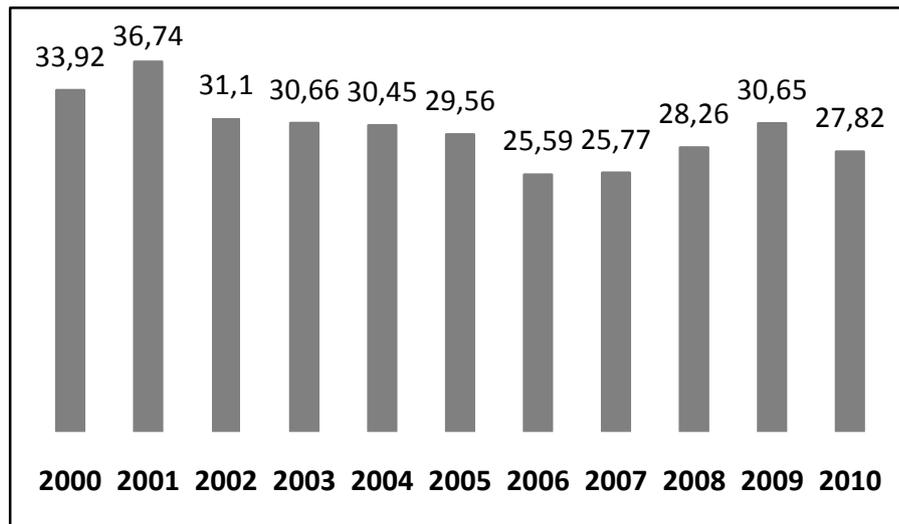
**Gráfico 1:** Distribuição do número de casos novos de TB no município no período de 2000 à 2010. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012.



Fonte: Próprio estudo.

Os casos novos da doença obtiveram uma distribuição média de 166,0 casos/ano no período. Quanto às taxas de incidência da doença, foram registradas máxima de 36,74/100.000 hab. e mínima de 25,59/100.000 hab., sendo registradas respectivamente nos anos de 2001 e 2006, conforme evidenciado no **gráfico 2**.

**Gráfico 2.** Distribuição da taxa de incidência de tuberculose (por 100.000 hab.) no período de 2000 à 2010. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012.



Fonte: Próprio estudo.

O **quadro 1** expressa a distribuição dos dados epidemiológicos obtidos através do TBWeb e da Fundação Seade, no período de 2000 à 2010, exclusivamente no município de Ribeirão Preto - SP.

**Quadro 1:** Dados epidemiológicos da Tuberculose no período de 2000 à 2010 no município. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012.

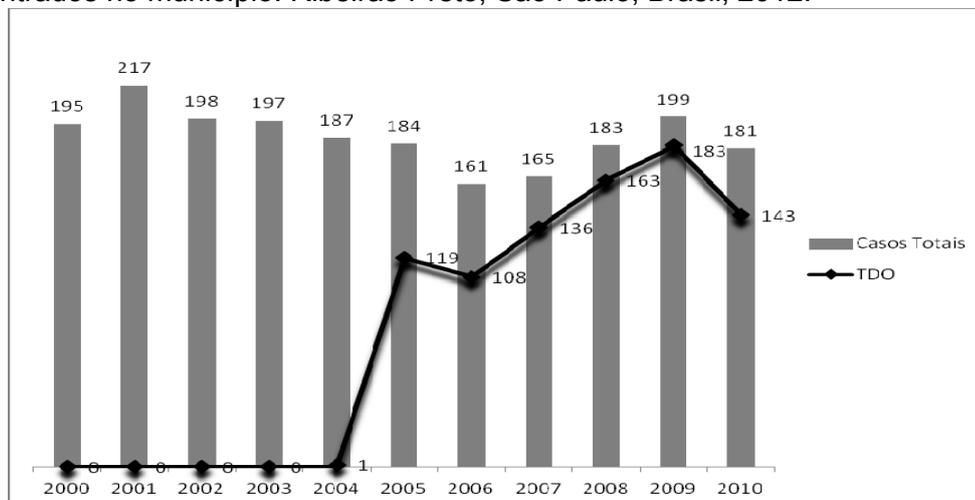
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>População do Município</b>	504.162	514.481	524.714	534.828	544.897	554.996	564.808	574.315	583.910	593.710	603.774
<b>Casos Novos</b>	171	189	163	164	169	164	144	148	165	182	168
<b>Retratamentos</b>	11	7	12	9	9	5	5	6	3	8	7
<b>Recidiva</b>	13	21	23	24	9	15	12	11	15	9	6
<b>Casos (Total)</b>	195	217	198	197	187	184	161	165	183	199	181
<b>Casos com TODO</b>	-	-	-	-	1	119	108	136	163	183	143
<b>Casos sem TODO</b>	-	-	-	-	-	37	33	24	16	11	11
<b>Cura</b>	146	166	143	147	124	135	124	134	147	169	151
<b>Falência</b>	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0
<b>Abandono</b>	10	13	20	5	13	12	11	7	10	8	14
<b>Óbito por TB</b>	4	4	5	2	6	9	3	3	-	2	3

**Observação:** "-", significa sem informação disponível.

**Fonte:** TBWeb (2012); SEADE (2012).

A cobertura do TDO no município obteve uma distribuição anual que variou de 0,5% a 91,9%. Nota-se que a partir do ano de 2007, o percentual de cobertura do TDO manteve-se acima de 79%, chegando ao máximo de 91,9% de cobertura (183 casos) no ano de 2009. Quanto aos casos sem TDO, estes apresentaram uma média de 22 casos/ano. O **gráfico 3** mostra a evolução da taxa de cobertura do TDO em relação ao número total de casos da doença no período.

**Gráfico 3:** Evolução da taxa de cobertura do TDO em relação ao número total de casos de TB encontrados no município. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012.



Fonte: Próprio estudo.

Vale ressaltar que o município passou a inserir e registrar as informações sobre o TDO no sistema a partir do ano de 2004. Porém somente obtiveram-se dados consistentes a partir do ano seguinte, visto a completude de um ano registrando dados dessa modalidade de tratamento. Portanto, para fins estatísticos, só foi considerado os dados obtidos a partir do ano de 2005.

Durante o período estudado, observou-se uma média de sete casos de retratamentos ao ano. As recidivas possuíam uma média de 14 casos/ano. Quanto à falência do tratamento foram registrados 5 casos no período estudado.

O maior percentual de cura atingido ocorreu no ano de 2009 com 84,9% (169 casos) e o menor foi de 66,3% (124 casos) no ano de 2004. Vale ressaltar que a partir do ano de 2007 o município manteve um percentual de cura acima de 80%. Porém ainda não conseguiu chegar à meta de 85% preconizada pela OMS.

O abandono de tratamento variou de 2,5% a 10,1%, sendo que no ano de 2002, o município registrou o máximo de 20 casos de abandono (10,1%), ou seja, mais que o dobro do percentual preconizado pela OMS (até 5%). E teve o mínimo de 5 casos registrados no ano seguinte (2,5%), ou seja, mantendo-se na meta de abandono estabelecida pela OMS. Cabe ressaltar que o município, de modo geral, manteve-se acima do percentual de 5% preconizado pela OMS durante o período

estudado. Somente nos anos de 2003, 2007 e 2009 o município conseguiu manter-se na meta de até 5% de casos de abandono.

Em relação ao número de óbitos registrados no período, a distribuição anual variou de 1,0% a 4,8%, sendo que o maior número de casos registrados ocorreu no ano de 2005 (nove óbitos). E o menor número de óbitos foi registrado nos anos de 2003 e 2009 (2 óbitos cada). Cabe ressaltar que o ano de 2005 foi o único que obteve um número de óbitos tão elevado, permanecendo os demais anos com uma média semelhante, oscilando de 2 a 6 casos por ano.

### 6.2. Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto a TP do TDO no município

Os sujeitos de pesquisa foram caracterizados segundo variáveis como sexo, idade, profissão e tempo em que exerce a função. Os dados podem ser observados na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados que trabalham nos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

<b>Variáveis</b>		<b>N (%)</b>
Sexo	Feminino	21 (80,8%)
	Masculino	5 (19,2%)
Idade	25-30 anos	2 (7,7%)
	31-40 anos	4 (15,4%)
	41- 50 anos	13 (50,0%)
	51 – 62 anos	7 (26,9)
Profissão	Auxiliar de enfermagem	9 (34,6%)
	Técnico em enfermagem	4 (15,4%)
	Enfermeiro	5 (19,2%)
	Médico	8 (30,8%)
Tempo em que exerce a função	1-10 anos	13 (50,0%)
	11-20 anos	9 (34,6%)
	21-30 anos	4 (15,4%)

**Fonte:** Próprio Estudo.

O município conta atualmente com 28 profissionais envolvidos com o TDO, porém no momento da coleta de dados um se recusou a responder o

instrumento de coleta e outro estava em período de férias. Sendo assim, participaram desta pesquisa 26 profissionais de saúde, sendo a maioria do sexo feminino (80,8%), com idade entre 41 e 50 anos (50,0%), exercendo a função de auxiliar de enfermagem (34,6%) e possuindo de 1 a 10 anos de tempo de serviço (50,0%), conforme o descrito na **tabela 1**, sendo encontrado uma mediana de tempo de serviço de 10,5 anos.

A dimensão de informação buscou conhecer como as informações estão sendo passadas do PCT municipal para as equipes de saúde e como as mesmas estão sendo desenvolvidas dentro da unidade. Os itens estão relacionados às discussões, interação e integração, utilização de estratégias de motivação, envolvimento e sensibilização, tipo de linguagem utilizada no desenvolvimento das ações e acesso a materiais educativos sobre TDO na unidade. Na **tabela 2**, observa-se o valor médio e desvio padrão de cada um dos itens pertencentes à dimensão de informação.

**Tabela 2** – Valor médio e desvio padrão dos itens da **dimensão de “Informação”**, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Informação	
	<i>x (média)</i>	$\pm DP$
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.	4,58	$\pm 0,85$
2. O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.	4,73	$\pm 0,45$
3. A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho.	1,83	$\pm 1,30$
4. Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho*	4,42	$\pm 1,10$
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.	4,27	$\pm 1,11$
6. Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.	4,69	$\pm 0,73$
7. Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	4,00	$\pm 1,02$
8. As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.	4,31	$\pm 1,08$
9. Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	4,19	$\pm 1,05$
<b>Média Total da Dimensão</b>	<b>4,11</b>	

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** PCT – Programa de Controle da Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

\*Questão na forma negativa

A dimensão de informação obteve um alfa de Cronbach de 0,779. De acordo com a classificação adotada apenas um item desta dimensão apresentou um valor médio insatisfatório (Item 3). A média total da dimensão foi de 4,11, o que a classifica como satisfatória (**Tabela 2**).

A dimensão de conhecimento buscou compreender se os profissionais de saúde reconhecem as diretrizes e protocolos do TDO, a participação em capacitações e treinamentos, discussão de casos clínicos e a incorporação de outras instituições/ações além do setor saúde. Portanto, na **Tabela 3** observa-se o valor médio e desvio padrão obtidos em cada um dos itens da dimensão de conhecimento do referido instrumento de coleta de dados.

**Tabela 3** – Valor médio e desvio padrão dos itens da **dimensão de “Conhecimento”**, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Conhecimento	
	<i>x (média)</i>	$\pm DP$
10. Compreendo as diretrizes do TDO.	4,96	$\pm 0,19$
11. Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	4,88	$\pm 0,32$
12. Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política*	5,00	$\pm 0,00$
13. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	2,58	$\pm 1,55$
14. A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	3,52	$\pm 1,32$
15. Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.	3,96	$\pm 1,42$
16. A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO*	4,81	$\pm 0,63$
17. Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.	4,08	$\pm 1,38$
18. A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.	4,65	$\pm 0,68$
19. Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.	4,77	$\pm 0,51$
<b>Média Total da Dimensão</b>		4,32

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** PCT – Programa de Controle da Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.  
\*Questão na forma negativa

A dimensão de conhecimento obteve um alfa de Cronbach de 0,490. De acordo com a classificação adotada, esta dimensão apresentou dois valores médios regulares (item 13 e 14). A média total da dimensão foi de 4,32, o que a classifica como satisfatória (**Tabela 3**).

A dimensão de inovação buscou saber se a equipe/unidade de saúde desenvolve ações sobre o TDO, além das já preconizadas pelo PCT municipal. Os itens dessa dimensão estão relacionados às estratégias inovadoras desenvolvidas na unidade, auxílio de materiais educativos nas ações, infraestrutura adequada, recursos humanos suficientes, existência de plano de cuidado individual para o doente, criação de novas estratégias para trabalhar com o TDO, recursos comunitários, trabalho multiprofissional e treinamentos sobre TDO.

A dimensão de inovação obteve um alfa de Cronbach de 0,814. De acordo com a classificação adotada, esta dimensão apresentou um valor médio insatisfatório (Item 32) e seis valores médios regulares (Itens 25, 26, 27, 29, 31 e 37). A média total da dimensão foi de 3,84, o que ainda a classifica como satisfatória (**Tabela 4**).

Cabe ressaltar que o cálculo do alfa de Cronbach do instrumento como um todo (39 itens) foi de 0,856.

Na **Tabela 4** pode-se observar o valor médio e desvio padrão obtido em cada um dos itens da dimensão de inovação do instrumento de coleta de dados.

**Tabela 4** – Valor médio e desvio padrão dos itens da **dimensão de “Inovação”**, conforme respostas dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Inovação	
	<i>x (média)</i>	$\pm DP$
20. Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	4,19	$\pm 0,98$
21. A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos, etc.).	3,65	$\pm 1,38$
22. A unidade de saúde em que trabalho dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.	3,15	$\pm 1,51$
23. O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.	4,81	$\pm 0,40$
24. Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.	3,88	$\pm 1,33$
25. Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.	2,92	$\pm 1,71$
26. O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.	3,04	$\pm 1,53$
27. O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado).	3,00	$\pm 1,47$
28. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.	4,60	$\pm 0,86$
29. A unidade de saúde em que trabalho criou novas estratégias para trabalhar com o TDO.	3,68	$\pm 1,43$
30. A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).	4,73	$\pm 0,82$
31. Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.	3,68	$\pm 1,52$
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).	2,12	$\pm 1,42$
33. O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB na unidade de saúde em que trabalho.	4,73	$\pm 0,53$
34. Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.	4,35	$\pm 1,09$
35. Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).	4,20	$\pm 0,95$
36. Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	4,27	$\pm 1,11$
37. Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.	2,67	$\pm 1,49$
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.	4,85	$\pm 0,36$
39. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.	4,35	$\pm 1,09$
<b>Média Total da Dimensão</b>	<b>3,84</b>	

**Fonte:** Próprio estudo

**Legenda:** TB – Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

As **tabelas 5, 6 e 7** mostram a distribuição das frequências dos itens de cada uma das três dimensões.

**Tabela 5** - Distribuição das frequências dos itens da **dimensão “Informação”** do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Informação					N/A <sup>(6)</sup>
	Frequência das respostas - n (%)					
	1 <sup>(1)</sup>	2 <sup>(2)</sup>	3 <sup>(3)</sup>	4 <sup>(4)</sup>	5 <sup>(5)</sup>	
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 (7,7)	-	5 (19,2)	19 (73,1)	-
2. O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.	-	-	-	7 (26,9)	19 (73,1)	-
3. A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho.	15 (57,7)	4 (15,4)	-	4 (15,4)	1 (3,8)	2 (7,7)
4. Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho*	18 (69,2)	5 (19,2)	-	2 (7,7)	1 (3,8)	-
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.	1 (3,8)	2 (7,7)	1 (3,8)	7 (26,9)	15 (57,7)	-
6. Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.	-	1 (3,8)	1 (3,8)	3 (11,5)	21 (80,8)	-
7. Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	1 (3,8)	2 (7,7)	1 (3,8)	14 (53,8)	8 (30,8)	-
8. As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.	1 (3,8)	2 (7,7)	-	8 (30,8)	15 (57,7)	-
9. Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	1 (3,8)	2 (7,7)	-	11 (42,3)	12 (46,2)	-

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** PCT – Programa de Controle da Tuberculose; TB – Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

<sup>(1)</sup>Discordo; <sup>(2)</sup>Discordo Parcialmente; <sup>(3)</sup>Indiferente; <sup>(4)</sup>Concordo Parcialmente; <sup>(5)</sup>Concordo; <sup>(6)</sup>Não se aplica.

\*Questão na forma negativa.

**Tabela 6** - Distribuição das frequências dos itens da **dimensão “Conhecimento”** do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Conhecimento					
	Frequência das respostas – n (%)					
	1 <sup>(1)</sup>	2 <sup>(2)</sup>	3 <sup>(3)</sup>	4 <sup>(4)</sup>	5 <sup>(5)</sup>	6 <sup>(6)</sup>
10. Compreendo as diretrizes do TDO.	-	-	-	1 (3,8)	25 (96,2)	-
11. Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	-	-	-	3 (11,5)	23 (88,5)	-
12. Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política*	26 (100,0)	-	-	-	-	-
13. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	10 (38,5)	5 (19,2)	-	8 (30,8)	3 (11,5)	-
14. A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	3 (11,5)	4 (15,4)	-	13 (50,0)	5 (19,2)	1 (3,8)
15. Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.	3 (11,5)	2 (7,7)	1 (3,8)	6 (23,1)	13 (50,0)	1 (3,8)
16. A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO*	23 (88,5)	2 (7,7)	-	1 (3,8)	-	-
17. Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.	2 (7,7)	3 (11,5)	-	5 (19,2)	14 (53,8)	1 (7,7)
18. A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.	-	1 (3,8)	-	6 (23,1)	19 (73,1)	-
19. Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.	-	-	1 (3,8)	4 (15,4)	21 (80,8)	-

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** PCT – Programa de Controle da Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

<sup>(1)</sup>Discordo; <sup>(2)</sup>Discordo Parcialmente; <sup>(3)</sup>Indiferente; <sup>(4)</sup>Concordo Parcialmente; <sup>(5)</sup>Concordo; <sup>(6)</sup>Não se aplica.

\*Questão na forma negativa

**Tabela 7** - Distribuição das frequências dos itens da **dimensão “Inovação”** do instrumento utilizado, conforme respostas dos profissionais de saúde dos Programas de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

Itens	Dimensão Inovação					N/A <sup>(6)</sup>
	1 <sup>(1)</sup>	Frequência das respostas – n (%)				
	2 <sup>(2)</sup>	3 <sup>(3)</sup>	4 <sup>(4)</sup>	5 <sup>(5)</sup>		
20. Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	-	3 (11,5)	1 (3,8)	10 (38,5)	12 (46,2)	-
21. A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos, etc.).	3 (11,5)	4 (15,4)	-	11 (42,3)	8 (30,8)	-
22. A unidade de saúde em que trabalho dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.	7 (26,9)	2 (7,7)	1 (3,8)	12 (46,2)	4 (15,4)	-
23. O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.	-	-	-	5 (19,2)	21 (80,8)	-
24. Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.	2 (7,7)	4 (15,4)	-	9 (34,6)	11 (42,3)	-
25. Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.	9 (34,6)	4 (15,4)	-	6 (23,1)	7 (26,9)	-
26. O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.	5 (19,2)	8 (30,8)	-	7 (26,9)	6 (23,1)	-
27. O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado).	4 (15,4)	9 (34,6)	-	7 (26,9)	5 (19,2)	1 (3,8)
28. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.	1 (3,8)	-	-	6 (23,1)	18 (69,2)	1 (3,8)
29. A unidade de saúde em que trabalho criou novas estratégias para trabalhar com o TDO.	4 (15,3)	1 (3,8)	3 (11,5)	8 (30,8)	9 (34,6)	1 (3,8)
30. A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).	-	2 (7,7)	-	1 (3,8)	23 (88,5)	-
31. Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.	5 (19,2)	1 (3,8)	-	10 (38,5)	9 (34,6)	1 (3,8)
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).	14 (53,8)	4 (15,4)	-	7 (26,9)	1 (3,8)	-
33. O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB na unidade de saúde em que trabalho.	-	-	1 (3,8)	5 (19,2)	20 (76,9)	-
34. Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.	-	4 (15,4)	-	5 (19,2)	17 (65,4)	-
35. Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).	-	3 (11,5)	-	11 (42,3)	11 (42,3)	1 (3,8)
36. Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	2 (7,7)	-	1 (3,8)	9 (34,6)	14 (53,8)	-
37. Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência	7 (26,9)	7 (26,9)	-	7 (26,9)	3 (11,5)	2 (7,7)

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. - - - 4 (15,4) 22 (84,6) -

39. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência. - 4 (15,4) - 5 (19,2) 17 (65,4) -

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** TB – Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

<sup>(1)</sup>Discordo; <sup>(2)</sup>Discordo Parcialmente; <sup>(3)</sup>Indiferente; <sup>(4)</sup>Concordo Parcialmente; <sup>(5)</sup>Concordo; <sup>(6)</sup>Não se aplica.

A partir da associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, função e tempo de serviço) e os itens de cada dimensão, verificou-se alguns itens com significância estatística. A **tabela 8** apresenta os itens que foram encontradas associações estatísticas relevantes.

**Tabela 8** – Distribuição das associações estatísticas relevantes (p-valor) entre as variáveis sociodemográficas e os itens do instrumento de coleta de dados, segundo os profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.

<b>Dimensões: Informação, Conhecimento e Inovação</b>			
<b>Itens</b>	<b>Idade p-valor</b>	<b>Função p-valor</b>	<b>Tempo de serviço p-valor</b>
8. As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.	0,0369	-	-
13. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	-	-	0,0326
17. Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.	-	0,0051	-
18. A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.	-	0,0028	-
28. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.	0,0086	-	-
34. Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é praticado de forma multiprofissional.	-	-	0,0351
35. Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).	0,0227	-	-
36. Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	-	-	0,0046
39. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.	-	-	0,0447

**Fonte:** Próprio estudo.

**Legenda:** TB – Tuberculose; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

Portanto, a variável sociodemográfica de idade se relacionou significativamente com os itens 8, 28 e 35. A variável de função se relacionou significativamente com os itens 17 e 18. A variável de tempo de serviço se relacionou significativamente com os itens 13, 34, 36 e 39.

# *Discussão*

---

## 7.0 DISCUSSÃO

### 7.1. Etapa 1 – Perfil epidemiológico da tuberculose no município

Os dados epidemiológicos obtidos neste estudo revelam que o município possui fragilidades e potencialidades em relação à implantação e manutenção do TDO, apresentando também, uma melhora crescente no controle da doença no decorrer dos anos.

Em relação aos desfechos do tratamento, notou-se um aumento progressivo nas taxas de cura e diminuição do abandono do tratamento. Isso comprova a efetividade dessa modalidade de tratamento no controle da doença, na tentativa de manter as metas estabelecidas pelo MS de 85% de cura da doença e no máximo 5% de abandono (BRASIL, 2011a). Entretanto cabe ressaltar que o município ainda não conseguiu atingir a meta de 85% de cura preconizada pela OMS, chegando ao máximo de 84,9% em 2009.

Alguns estudos confirmam que a modalidade de tratamento do TDO auxilia na melhora das taxas da doença, principalmente nas de cura e diminuição abandono de tratamento, promovendo uma melhora na saúde do doente de TB (GAZETTA et al., 2007; SILVA et al., 2007).

Segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a partir do ano de 2002 foi preconizado a descentralização das ações de controle da TB nos municípios. Essas ações deveriam ser desenvolvidas pelos serviços de atenção primária (PSF, USF e AR) (BRASIL, 2011a). Essa estratégia é muito importante para o controle da doença, visto que aumenta o vínculo com o paciente, sendo preconizado que o acompanhamento seja realizado pelas equipes das unidades de origem do doente (MUNIZ et al., 2005; BRUNELLO et al., 2009). Entretanto, no município estudado, essas ações ainda são realizadas de forma centralizada nos ambulatórios de referência distribuídos nos cinco distritos de saúde existentes no município. Outro estudo realizado no interior de São Paulo, também

constatou que a centralização do atendimento ainda ocorre em outros municípios do interior paulista. Entretanto, esta ação não foi apontada como um problema (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

Em estudo realizado no mesmo município desta pesquisa, observou-se que a principal porta de entrada dos doentes de TB tem sido os serviços de Pronto-Atendimento (PA), representando 44% dos casos diagnosticados pelo Sistema Único de Saúde do município. Após a identificação, eles são encaminhados aos ambulatórios de referência para dar início ao tratamento e acompanhamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011). Isso evidencia uma fragilidade, visto que o diagnóstico da doença, no município, está sendo realizado principalmente através de unidades de nível secundário, sendo o oposto do preconizado pelo MS.

Em relação aos desfechos do tratamento, observou-se que a cura dos casos da doença manteve uma linearidade entre os anos de 2000 a 2003, mantendo-se na faixa de 70% de cura. Apesar da modalidade de tratamento do TDO ter sido implantada no município no final de 1997, apenas em 2004 iniciaram-se os registros dos mesmos no TBWEB, portanto só podemos avaliar a partir deste ano. Em 2004 houve uma diminuição nas taxas de cura da doença, seguido por um aumento expressivo no ano seguinte. Isso demonstra que a fase de implantação dessa modalidade de tratamento no município não foi fácil e refletiu em uma diminuição momentânea nas taxas de cura da doença. Porém, essa dificuldade não se manteve por muito tempo, já que no ano seguinte e nos próximos, a taxa de cura apenas aumentou, mantendo-se na faixa dos 80% a partir do ano de 2007. Tais resultados também podem ser observados em estudo realizado em São José do Rio Preto, o qual conta como foi o processo de implantação da estratégia DOTS no município, resultando em uma implantação com impacto positivo nas taxas de cura e abandono da doença (GAZETTA et al., 2007).

As taxas de abandono do tratamento oscilaram muito durante esses onze anos, sendo que apenas nos anos de 2003, 2007 e 2009 mantiveram-se abaixo da meta de 5% preconizada pela OMS. Entretanto, também se nota que após a implantação do TDO no município, as taxas de abandono reduziram, mantendo-se

próximo da meta da OMS. Estudo demonstra que a maior chance de abandono do tratamento está estatisticamente associada ao tipo de tratamento recebido, sendo o tratamento não supervisionado o que apresentou maior chance de abandono (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

Cabe ressaltar que as oscilações nas taxas de cura e abandono do tratamento neste município podem ser indicativas de interferências de cunho gerencial (mudança do gestor municipal), operacional (profissionais contratados/despedidos) e epidemiológico (altas taxas de co-infectados nos registros), podendo provocar abalos na condução das ações dos programas (SCATENA VILLA et al., 2006).

Em relação ao número de óbitos, pôde-se observar que em 2005 registrou-se o maior número de mortes em decorrência da doença, sendo que a partir do ano seguinte a quantidade de óbitos sofreu uma queda acentuada, mantendo-se com uma média de duas a três mortes por ano. Pode-se inferir que a implantação do TDO também ajudou a reduzir as taxas de óbito por TB no município. Outro estudo também revelou que os indivíduos, que estiveram sob a modalidade de tratamento do TDO, apresentaram uma significância estatística menor para óbito por TB, indicando que essa modalidade de tratamento reduziu a ocorrência de um desfecho negativo da doença (REIS-SANTOS et al., 2013).

A TB é um problema de saúde muito impactante no município estudado, apresenta indicadores da doença muito relevantes e que demonstram que as taxas da doença estão decaindo com o transcorrer dos anos. Porém, as ações de controle da doença ainda precisam ser cada vez mais disseminadas. A análise do perfil epidemiológico da doença nos permite obter informações epidemiológicas importantes sobre as possíveis causas de oscilações dos números relacionados à doença. Com essas análises em mãos é possível repensar as estratégias de controle da doença e sugerir a manutenção ou desenvolvimento de novas ações para o controle da TB.

### **7.2. Etapa 2 – Avaliação dos profissionais de saúde quanto a TP do TDO no município.**

Em relação à caracterização dos 26 participantes desta pesquisa, constatou-se que a idade variou entre 25 e 62 anos, com predomínio do sexo feminino (80,7%). Estudo realizado no mesmo município como o objetivo de medir o desempenho dos profissionais de saúde no diagnóstico da TB, encontrou dado semelhante referente ao contingente de trabalhadores do sexo feminino (77,8%) que trabalhavam nos serviços de atenção básica (ANDRADE et al., 2011).

Em relação ao tempo que estes profissionais trabalham nos Programas de Controle da Tuberculose no município, a mediana foi de 10,5 anos, sendo que o tempo de serviço variou de 1 a 30 anos. Dado semelhante também foi encontrado na pesquisa de Andrade et al. (2011), a qual encontrou uma mediana de tempo de serviço de 12,7 anos entre os profissionais que trabalhavam na AB.

Neste estudo, constatou-se ainda que a categoria profissional de auxiliares/técnicos de enfermagem foi predominante (50,0%), seguido pelos médicos (30,8%) e enfermeiros (19,2%). A equipe de enfermagem ainda é a maior responsável pelas ações de controle da TB em alguns municípios do interior paulista (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012). Esse dado também foi comprovado pela população deste estudo, onde 69,2% dos profissionais pertenciam à equipe de enfermagem. Estudo realizado no município de Vitória/ES, também encontrou dados semelhantes, no qual 39% dos profissionais que trabalhavam com TB eram de nível médio, seguido pelos médicos (34%) e enfermeiros (26%) (FÁVERO; SILVA; MACIEL, 2011).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi completamente validado a fim de ter a capacidade de identificar as potencialidades e fragilidades no desenvolvimento das ações sobre o TDO, já que essas ações nortearão a tomada de decisões nos serviços de saúde. O cálculo do alfa de Cronbach do instrumento de coleta (39 itens) foi de 0,856, o que indica uma consistência interna satisfatória. Em relação à análise das dimensões, apenas a de conhecimento indicou que

precisa de readequações, sendo necessário a sua visualização com cautela, já que apresentou um alfa de Cronbach baixo (0,490).

Os resultados deste estudo também permitiram identificar as diferentes vivências dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações relacionadas ao TDO, mostrando como ocorre a transferência dessa política na visão dos profissionais de saúde.

A dimensão de Informação, do instrumento aplicado nos profissionais de saúde, buscou saber como as informações sobre o TDO são repassadas e conseqüentemente, como a transferência dessa política se dá entre os níveis de coordenação do PCT municipal, território e unidades de saúde.

A grande maioria dos profissionais (88,4%) afirmou ainda existir integração/interação entre a coordenação do PCT municipal e a equipe de saúde da unidade. Além disso, 24 profissionais concordaram plenamente (73,0%) ou parcialmente (19,2%) sobre a existência de discussões sobre o TDO entre a coordenação do PCT e a sua unidade de saúde, o que reafirma a existência de uma relação mútua entre os dois serviços. Estudo realizado no mesmo município desta pesquisa, afirmou que, no momento da implantação dessa estratégia, realizava reuniões frequentes para solucionar problemas e dificuldades que surgissem durante o processo de implantação do tratamento (SCATENA VILLA et al., 2006). Isso sugere que, nos dias de hoje, ainda permanece uma relação favorável entre os diferentes níveis de atenção, semelhante ao que ocorreu no início da implantação do TDO no município.

A existência de um bom relacionamento entre a equipe de saúde e a coordenação do PCT é muito importante para garantir o sucesso do tratamento, sendo que a falta dessa interação é apontada como um dificultador do processo de trabalho (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

Em relação a participação da população em discussões sobre o TDO, a maioria afirmou não existir esta ação na unidade de saúde em que trabalha (57,6%). Dado semelhante foi encontrado em estudo (ANDRADE et al., 2011), o qual verificou que os profissionais dos serviços de atenção básica apresentaram um desempenho insatisfatório em relação à solicitação da participação da comunidade nas discussões sobre TB. Cabe ressaltar que a não realização desta atividade vai

contra o preconizado pelo plano estratégico para o controle da TB atual (2007-2015), o qual afirma que um dos objetivos deve ser a promoção da participação dos afetados pela TB e da comunidade a fim de obter melhores resultados no controle da doença (MS, 2006).

Além disso, os profissionais confirmaram que a coordenação do PCT utiliza estratégias de motivação e envolvimento da equipe (57,6%), assim como também utiliza uma linguagem clara, concisa e de fácil entendimento ao discutir sobre o TDO com a equipe de saúde (80,7%). Esses achados podem ser corroborados por publicações oficiais que afirmam que a organização dos programas deve se atentar para a avaliação, distribuição e motivação dos profissionais que trabalham com a tuberculose (WHO, 2012; WHO, 2010).

Ao questionar os profissionais quanto ao uso dos materiais educativos disponíveis na unidade de saúde, estes afirmaram concordar plenamente (46,1%) ou parcialmente (42,3%) com a utilização dos mesmos na unidade de saúde em que trabalham, de forma a nortear e auxiliar o desenvolvimento de sua prática profissional com os doentes em TDO. Em consonância com o preconizado pelo Plano Estratégico para Controle da TB 2007-2015, o uso de materiais e estratégias de comunicação e educação em saúde deve ser descentralizado, promovendo diversidade cultural e técnico-educacional, sendo, conseqüentemente, eficazes (MS, 2006).

Todos os participantes reconheceram seguir as diretrizes do TDO porque compreendem a importância e eficácia dessa política, assim como é preconizado pelo PNCT. Destes, 25 profissionais (96,1%) compreendem as diretrizes do tratamento e 23 (88,4%) afirmaram compreender os protocolos para acompanhamento do TDO.

Outro estudo concluiu que o tratamento supervisionado permite ampliar o estabelecimento de rotinas internas, elaboração de instrumentos para registros de visitas, preenchimento do livro de ocorrências e controle diário de faltosos (SACTENA VILLA et al., 2006), o que vai de encontro à percepção e compreensão dos profissionais deste estudo.

Além disso, a maioria dos profissionais não considera o TDO como uma rotina simples de ser executada (57,6%). Esta percepção vai de acordo com

outra pesquisa, que verificou, segundo os depoimentos de usuários e profissionais de saúde, que a DOTS é uma estratégia difícil e trabalhosa, porém efetiva (QUEIROZ et al., 2012). Entretanto, segundo uma pesquisa desenvolvida por DIAS et al. (2013), os doentes avaliam que essa modalidade de tratamento é ambivalente, pois a observação da ingesta medicamentosa, tanto é vista como um promotor de vínculo, como também um dificultador da rotina diária dos doentes.

As secretarias municipais de saúde devem valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante da formação e capacitação dos profissionais de saúde, sendo que compete às mesmas estimular e viabilizar capacitações e a educação permanente dos profissionais da equipe (BRASIL, 2010b). Os profissionais deste estudo concordaram parcialmente 13 (50,0%) ou plenamente (19,2%) com o oferecimento frequente de capacitações pela Coordenação do PCT.

Entretanto, cabe ressaltar que em relação à categoria dos médicos, 50% deles concordaram parcialmente com o fato da coordenação do PCT oferecer capacitações frequentes sobre o TDO. A metade deles (50%) afirmou que não participa dos treinamentos oferecidos pela SMS, mesmo que a unidade de saúde libere a sua participação nas capacitações e treinamentos sobre o tratamento da doença (100,0%). Esse dado vai de encontro a um estudo realizado na Índia, o qual reportou que apenas 43,5% dos médicos do setor privado receberam treinamentos sobre tuberculose pulmonar pelo Programa de Controle Nacional da doença nos últimos cinco anos (YADAV et al., 2012). Isso demonstra que essa categoria profissional está sendo negligenciada em relação às capacitações e treinamentos oferecidos, seja pela falta de interesse dos mesmos ou pelo esquecimento da inclusão desses profissionais nas atividades de educação permanente.

Os profissionais de saúde entrevistados concordaram plenamente (73,0%) ou parcialmente (15,3%) que a equipe da unidade de saúde em que trabalham, reconhece a grande importância do TDO. Além disso, 19 profissionais (73,0%) referiram existir a discussão de casos clínicos de doentes em TDO nas reuniões de equipe da unidade de saúde. Esses encontros com os trabalhadores de saúde para discussão de casos clínicos, capacitações e treinamentos são vistos

como contribuidores para o aprimoramento continuado dos profissionais (QUEIROZ et al., 2012).

Também se constatou nesta pesquisa que a maioria (80,7%) dos profissionais concordam plenamente que para a obtenção do sucesso no tratamento é preciso incorporar outras instituições/ações, além do setor saúde. Este dado pode ser corroborado por outro estudo o qual enfatizou que a situação de saúde da população é resultante de determinantes estruturais socioambientais, políticas e econômicas, sendo que a população depende de intervenções que envolvam articulações de amplo alcance, com a participação de outras instituições decisórias (SACTENA VILLA et al., 2006).

Um dos grandes desafios atuais para o controle da TB no país é a inexistência ou debilidade de infra-estrutura sanitária nos municípios e crises na distribuição de recursos humanos devido à alta rotatividade, falta de disponibilidade e/ou ausência de políticas de recursos humanos (MS, 2006). Essa realidade também é percebida pelos profissionais de saúde, os quais concordaram parcialmente (42,3%) ou plenamente (30,7%) com a disponibilidade de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.

Uma das metas do Plano de combate à TB de 2007-2015 prevê o desenvolvimento de recursos humanos como uma das cinco atividades a serem impulsionadas pelo PCT e pelo PNCT (MS, 2006). Com relação a disponibilidade de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO, os profissionais concordaram plenamente (15,3%) ou parcialmente (46,1%) com a existência desses recursos humanos em suas unidades. Esses achados vão ao encontro de outro estudo que concluiu que o processo de implantação do TDO impõe uma redefinição das funções e papéis dos profissionais, querendo uma reestruturação e distribuição de recursos humanos, em relação aos turnos e quantitativos, possibilitando uma melhora na organização do trabalho (SCATENA VILLA et al., 2006). Além disso, a OMS adverte que a crítica da deficiência de recursos humanos existentes em alguns países pode impedir o desenvolvimento das ações (OLIVEIRA, NATAL, CHRISPIM, 2010), entretanto, esse não parece ser o caso deste estudo.

Porém, analisando esse dado em relação à dimensão o qual ele ocupa (“Inovação”), percebeu-se que o mesmo caracteriza-se como “regular” visto que não

atingiu o escore médio total da dimensão. Sendo assim, manteve um escore médio de 3,15 ( $\pm 1,15$ ). Isso também indica que este item pode vir a tornar-se uma fragilidade futura no desenvolvimento de ações inovadoras, como a observação da ingesta medicamentosa, apesar de não ser uma dificuldade no momento. Cabe ressaltar, que essa observação não precisa ser realizada necessariamente por profissionais de saúde. Estudo realizado no Paquistão mostrou que a ingesta medicamentosa de 69,6% dos pacientes não foi realizada por profissionais de saúde, e mesmo assim, as taxas de sucesso do tratamento continuaram elevadas (IRAM et al., 2011). Portanto, o auxílio de familiares e pessoas de confiança do doente pode ser uma boa estratégia para superar a questão da falta de recursos humanos nos serviços de saúde.

Todos os profissionais concordaram plenamente (80,7%) ou parcialmente (19,2%) com o fato de o TDO requerer a elaboração de um plano individual para cada doente. Porém, destes, apenas 11 (42,3%) concordaram plenamente com a existência desse plano individual em suas unidades. Ao questionar sobre a participação do doente na elaboração deste plano, metade dos profissionais concordou que o doente possuía algum tipo de participação na elaboração do plano individual de cuidado.

Quanto à participação ou não do doente no TDO, a metade dos profissionais (50,0%) afirmou que o doente possui autonomia na decisão de participar ou não do tratamento. Conseqüentemente, ao questionar os profissionais quanto à escolha da modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado), os profissionais manifestaram uma opinião também ambígua em relação à existência da autonomia de decisão do doente, sendo que 12 profissionais (46,1%) concordaram com a existência dessa autonomia de escolha da modalidade de tratamento e 13 (50,0%) discordaram com a existência dessa autonomia e um profissional referiu que essa questão não se aplicava. A escolha da participação do doente e a modalidade de tratamento a ser seguida são referidas como potencialidades do TDO, visto que o usuário sente-se mais comprometido com o seu tratamento, compartilhando responsabilidades junto com os profissionais de saúde e melhorando o processo de adesão (QUEIROZ et al., 2012; TERRA, BERTOLLOZI, 2008).

A pesquisa de Prado et al. (2011), desenvolvida no município de Vitória-Espírito Santo, revelou que o fato do paciente poder escolher a modalidade de tratamento desejada, de acordo com suas próprias necessidades, pode aumentar a probabilidade de sucesso do tratamento. Além disso, os autores afirmaram que essa escolha deve ser fortemente considerada e praticada pelos profissionais de saúde (PRADO et al., 2011).

Na Tanzânia, todos os profissionais de saúde devem oferecer ao doente tempo suficiente (até duas semanas), para que possam decidir qual o local de tratamento mais adequado e escolher uma pessoa que supervisionará o seu tratamento (MKOPI et al., 2013). Segundo os autores deste estudo, quando esta escolha é oferecida aos pacientes, os resultados são classificados como adequados.

Quanto às estratégias de promoção da adesão ao tratamento, 21 profissionais (80,7%) afirmaram que a unidade de saúde em que trabalham possuem as estratégias de incentivos promotoras da adesão doente ao tratamento. Além disso, 19 profissionais concordaram parcialmente (38,4%) ou plenamente (34,6%) com a existência da criação de novas estratégias, além das já preconizadas pelo programa, para promover a adesão ao tratamento nas unidades de saúde em que trabalham. Essa atitude é caracterizada como uma das potencialidades do tratamento diretamente observado (QUEIROZ et al., 2012; TERRA; BERTOLLOZI, 2008). Além disso, esses incentivos auxiliam no processo de adesão do doente ao tratamento, principalmente devido às restrições sociais apresentadas por estas pessoas (TERRA; BERTOLLOZI, 2008).

Os enfermeiros do PCT apontam que o uso de estratégias para adesão é um dos pontos favoráveis do programa, visto que as mesmas são potencializadoras das ações de controle da doença (CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

Segundo a opinião dos profissionais entrevistados, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional nas unidades de saúde. Esse dado é reforçado por publicação que afirma que diante da complexidade da doença é importante que o tratamento seja realizado de forma compartilhada entre uma equipe multiprofissional, visando sempre melhorar a adesão ao tratamento, contribuindo, assim, para a cura da doença (BRASIL, 2011b).

Ao questionarem os profissionais quanto ao desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO, a maioria dos profissionais concordou plenamente (N=18) ou parcialmente (N=8), quanto ao desenvolvimento dessas ações em suas unidades de saúde. Essas ações resultam em uma ampliação no processo de reflexão acerca da diversidade de problemas que envolvem o paciente e seus familiares, promovendo a busca de soluções em um universo mais amplo, já que nem sempre o setor saúde detém a totalidade de recursos necessários para promover uma resposta efetiva (BRASIL, 2011b). Além disso, estudo demonstrou que essas ações, mesmo que pouco praticadas, são essenciais para promover a participação da sociedade e o vínculo, sendo um agregador no bom funcionamento e na qualidade do SUS (QUEIROZ et al., 2012).

Estudo realizado em Taiwan procurou quantificar quantos pacientes utilizavam a estratégia DOTS e verificou que a mesma pode ser praticada e implementada para controlar a TB e que combinada com compromissos políticos fortes, incluindo promoção de estratégias inovadoras, com o objetivo de aumentar a notificação de casos e o resultados de tratamentos, juntamente com um bom sistema de informação, pode ser possível efetivar o controle da doença (BLOSS et al., 2012).

O fato dos profissionais recém-contratados ou realocados não receberem com frequência treinamentos sobre o TDO (53,8%) pode ser confirmado através desta pesquisa. Estudo desenvolvido com profissionais de saúde, pacientes e familiares, realizado na Tanzânia, comprovou que os trabalhadores de saúde devem ser constantemente re-treinados e conscientizados dos elementos chave da estratégia, visto que este é um dos fatores cruciais para melhorar o desempenho dos mesmos e a eficácia do DOTS (MKOPI et al., 2013).

As dificuldades de acesso às instituições de saúde, juntamente com os encargos financeiros, a qualidade dos prestadores de serviços e o apoio social são identificados como as principais razões pelo fracasso do tratamento (TADESSE et al., 2013). Entretanto, os profissionais dessa pesquisa, concordaram plenamente (84,6%) que essas dificuldades são percebidas pela equipe de saúde. Sendo assim,

essas questões podem ser trabalhadas dentro das mesmas, a fim de superar essas barreiras e garantir o início, manutenção e término do TDO.

Analisando as dimensões informação e conhecimento, é importante destacar que embora os sujeitos entrevistados revelarem que todos eles seguem as diretrizes gerais do TDO e de existir uma interação considerável entre os profissionais de saúde e a coordenação do PCT, essa articulação não tem sido satisfatória por parte da equipe de saúde quando se trata de qualificação e da baixa infraestrutura para a assistência adequada ao doente de TB nas unidades de saúde. Essas são situações que podem interferir na efetividade do TDO e na motivação profissional junto às ações de controle da tuberculose nas práticas assistenciais.

Sendo o TDO um processo que perpassa as três fases consecutivas (informação, conhecimento e inovação), pode-se dizer que, no município estudado, essa modalidade de tratamento encontra-se na fase de conhecimento, pois é nesta fase que começam as dificuldades. Na dimensão de inovação ainda existem muitas barreiras a serem ultrapassadas para que o tratamento possa ser completamente consolidado nesta fase.

De modo geral, as três dimensões alcançaram valores médios elevados, sendo que a média da dimensão mais baixa foi a de inovação (3,84). Isso indica que a transferência de política do TDO, segundo a opinião dos profissionais de saúde, ocorre de modo satisfatório. Isso pode ser identificado pelo fato de que a maioria dos itens obteve um valor médio satisfatório, sugerindo que, na maioria dos momentos, a Transferência de Política do TDO é mais voluntária do que coerciva.

Cabe ressaltar que ainda não existe literatura nacional sobre a transferência de política do TDO e que a internacional é escassa, fato que dificultou a comparação dos resultados com publicações na mesma área. Sendo assim, a grande maioria dos estudos utilizados para a discussão referiu-se a pesquisas nacionais e internacionais sobre a estratégia DOTS ou o TDO, fazendo deste estudo, uma pesquisa sobre o diagnóstico da situação do TDO no município estudado.

*Conclusão*

---

---

## **8.0 CONCLUSÃO**

Com base nos objetivos propostos e resultados obtidos, pode-se concluir que a TB ainda é um problema muito impactante no município estudado, apresenta indicadores relevantes e que demonstram que as taxas da doença estão decaindo com o transcorrer dos anos. Entretanto, as ações e estratégias de controle da doença necessitam ser cada vez mais disseminadas, a fim de sugerir a manutenção ou desenvolvimento de novas ações de controle da mesma.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a TP, segundo os profissionais de saúde do município estudado, ocorre de modo irregular, o que pode ser evidenciado por algumas questões que não apresentaram um bom escore. Isso também demonstra que a transferência de política do TDO ocorre de forma mais voluntária do que coerciva no município.

Foram identificadas fragilidades em relação à ocorrência de discussões sobre o TDO com a população, treinamentos e capacitações oferecidos, participação dos doentes na elaboração do plano de cuidado individual, escolha da modalidade de tratamento, criação de novas estratégias para trabalhar com o TDO e utilização de recursos comunitários. A dimensão que evidenciou maiores fragilidades foi a de “Inovação”.

O processo de reconhecimento de fragilidades e potencialidades de políticas de saúde e estratégias desenvolvidas para controlar e monitorar doenças é muito importante, visto que são através destas que será possível desenvolver ações de educação em saúde. Além disso, o conhecimento do perfil epidemiológico da doença e indicadores de saúde também se faz extremamente necessário para melhorar as taxas de adesão ao tratamento. Conseqüentemente, as estratégias de educação em serviço nessa temática devem ser constantemente estimuladas, a fim de garantir a manutenção dos programas de saúde e subsidiar a tomada de decisões em relação à essa prática nos serviços de saúde.

Essa modalidade de tratamento tem a capacidade de potencializar ou inibir o sucesso do tratamento da doença. Com isso, as ações de controle da doença, juntamente com as políticas públicas de saúde são primordiais para o fortalecimento da atenção à TB, desenvolvimento de estratégias de controle da doença e promoção de uma assistência mais adequada ao doente.

Portanto, os resultados deste estudo oferecem subsídios para aprofundar conhecimentos e compreender melhor o processo de transferência de política do Tratamento Diretamente Observado no contexto do município de Ribeirão Preto. Esse processo poderá contribuir para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação das práticas do TDO. Além disso, também contribuirá com a melhora na formulação de políticas públicas de saúde, principalmente às referentes ao controle da tuberculose nos serviços de saúde e colaborar com o desenvolvimento de pesquisas e formação de recursos humanos, materiais e técnicos nesta área.

## *Referências*

---

---

## 9.0 REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. L. P.; WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; SCATOLIN, B. E.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A.; SCATENA VILLA, T. C. Desempenho dos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose, Ribeirão Preto, 2009. In: SCATENA VILLA, T. C.; RUFFINO NETTO, A. **Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2011. p.77-83.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.41, supl.1, p.4-8, 2007.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**. London, p.47-60, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em: 04 Jul. 2012.

BISSEL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.35, n.9, 2011.

BLOSS, E.; CHAN, P. C.; CHENG, N-W; WANG, K-F; YANG, S-L; CEGIELSKI, P. Increasing directly observed therapy related to improved tuberculosis treatment outcomes in Taiwan. **J. Tuberc. Lung Dis**. v.16, n.4, 462-67, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2ª ed. revista e atualizada. Brasília, 109 p., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004. 28 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 03 Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília/DF: 248 p., 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre/RS: 180 p., 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília; 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_contr\\_ole\\_tb\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_contr_ole_tb_novo.pdf)>. Acesso em: 4 Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN. Sessões Temáticas de Instrumentalização das Equipes Gestoras em Saúde. Módulo 4 – Gestão de Atenção à Saúde do Município. Rio Grande do Norte, 2010b.

BRUNELLO, M. E. F. **Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (2009)**. 2013. 94f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

BRUNELLO M. E.; CERQUEIRA, D. F.; ARCÊNCIO, R. A.; GONZALES, R. I.; VILLA T. C.; SCATEN, L. M. Interaction between patient and health care professionals in management of tuberculosis. **Acta Paul. Enferm.** v.22, n.2, p.176-82, 2009.

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.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev. bras. Psiquiatr.** v.27, n.2, p.146-51, 2005.

DIAS, A. A. L.; OLIVEIRA, D. M. F.; SOBRINHO, E. C. R.; PALHA, P. F.; FIGUEIREDO, R. M. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Rev. Rene.** v.14, n.6, p.1133-40, 2013a

DIAS, A. A. L.; OLIVEIRA, D. M. F.; TURATO, E. R.; FIGUEIREDO, R. M. Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. **BMC Public Health.** v.13:595. doi: 10.1186/1471-2458-13-595. Jun., 2013b.

DOLOWITZ, D. P. A Policy-maker's guide to Policy Transfer. The Political Quarterly Publishing Co. Ltd, 2003.

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. Northampton, MA: Edward Elgar, 1998.

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance: An International Journal of Policy and Administration.** v.13, n.1, p. 5-24, 2000.

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

DYE, C.; HOUSSEINI M.; WATT C. Did we reach the 2005 targets for tuberculosis control?. **Bulletin of the World Health Organization**. Genebra, v.85, n.5, p.364-369, 2007.

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

FÁVERO, J. L.; SILVA, P. C.; MACIEL, E. L. N.O acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES. In: SCATENA VILLA, T. C.; RUFFINO NETTO, A. **Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2011. p.77-83.

FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v.31, n.5, p.427-35, 2005.

FREITAS, K. G.; SOBRINHO, E. C. R.; PIAI, T. H.; FIGUEIREDO, R. M. Conhecimento de auxiliares de enfermagem da saúde da família sobre tuberculose. **Rev. Rene**. v.14, n.1, p.3-10, 2013.

GAZETTA, E. C.; VENDRAMINI, S. H. F.; RUFFINO-NETTO, A.; OLIVEIRA, M. R. C.; VILLA, T. C. S. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. bras. pneumol.** v.33, n.2, p.192-98, 2007.

GONZALEZ, R. I. C.; MONROE, A. A.; ASSIS, E. G.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. RUFFINO-NETTO, A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.42, n.1, p.628-34, 2008.

HAIR-JR, J.F.; BABIN, B.; MONEY, A.H.S. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades – Ribeirão Preto**. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 20 fev 2014.

IRAM, S.; ALI, S.; ALI KHAN, S.; ABBASI, M. A.; ANWAR, S. A.; FATIMA, F. TB DOTS strategy in district Rawalpindi: Results and lessons. **J. Ayub Med. Coll. Abbottabad.** v.23, n.4, p.85-7, 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** v.44, n.2, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano estratégico para o controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015.** Brasília. 2006.

MKOPI, A.; RANGE, N.; AMURI, M.; GEUBBELS, E.; LWILLA, F.; EGWAGA, S.; SCHULZE, A.; LETH, F. Health workers' performance in the implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) strategy under programmatic conditions in Tanzania: a cross sectional study. **BMC Health Services Research.** v.13, n.101, p.1-7, 2013.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALEZ R. I.; RUFFINO-NETTO A.; VILLA, T. C. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.10, n.2, p.315-21, 2005.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA VILLA T. C.; MONROE, A. A.; LUCCA, M. E. S. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose em Ribeirão Preto, São Paulo (1998-2004). **Bol. Pneumol. Sanit.,** v.14, n.3, p.141-44, 2006.

OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; SCATENA VILLA T. C. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.45, n.4, p.898-904, 2011.

OLIVEIRA, L.; NATAL, S.; CHRISPIM, P. P. M. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para controle da tuberculose. **Rev. APS.** v.13, n.3, p.357-64, 2010.

PALHA, P. F.; SILVA, L. M. C.; WYSOCKI, A. D.; ANDRADE, R. L. P.; PROTTI, S. T.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Acesso aos serviços de atenção á tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.46, n.2, p.342-48, 2012.

PALHA, P. F.; SOUSA, L. O.; SILVA, L. M. C. Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose: análise de sua implantação em Ribeirão Preto/SP (1998-2010). In: 21º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP, 2013, Ribeirão Preto.  
**Resumo.** Disponível em:

<<https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=1912&numeroEdicao=21>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

PINTO, V. S.; PAULA, R. A. C.; PARRON JR, M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. **Bol. Pneumol. Sanit.** Rio de Janeiro, v. 14, n.3, 2006.

PRADO, T. N.; WADA, N; GUIDONI, L. M.; GOLUB, J. E.; DIETZE, R.; MACIEL, E. L. N. Cost-effectiveness of community health worker versus home-based guardians for directly observed treatment of tuberculosis in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.944-52, 2011.

Prefeitura de Ribeirão Preto. **Dados Geográficos: Acesso e Localização.** Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/crp/dados/local/i01localacesso.htm>>. Acesso em: 3 Abr. 2012.

PROTTI, S. T.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; SCATENA VILLA, T. C.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.15, n.3, p.665-70, 2010.

QUEIROZ, E. M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; FERREIRA K. R.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.20, n.2, p.369-77, 2012.

REIS-SANTOS, B.; GOMES, T.; HORTA, B.L.; MACIEL, E.L.N. Desfecho do tratamento da tuberculose em indivíduos com doença renal crônica no Brasil: uma análise multinomial. **J. bras. Pneumol.** v.30, n.5, p.585-94, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Período 2010-2013.** 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 06 Mai. 2012.

RODRIGUES, L.; BARRETO, M.; KRAMER M.; BARATA, R. C. B. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol.41, suppl.1, p.1-2, 2007.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.35, n.1., p.51-58, 2002.

SCATENA VILLA, T. C. et al. A experiência da estratégia DOTS em algumas cidades do Estado de São Paulo. In: RUFFINO NETTO, A.; SCATENA VILLA, T. C. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Editora FUNPEC, 2006. p.75-140.

SÃO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica Profº Alexandre Vranjac. **TBWeb**. Disponível em: <<http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. **Distribuição de casos de tuberculose segundo faixa etária e forma clínica – ano 2010**. São Paulo, 2011a. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/tb\\_num/tb\\_cn10.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/tb_num/tb_cn10.htm)>. Acesso em: 03 Jul. 2012.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. **Casos de tuberculose notificados segundo município, residência e tipo de caso – ano 2010**. São Paulo, 2011b. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/tb\\_num/tb\\_munc10.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/tb_num/tb_munc10.htm)>. Acesso em: 03 Jul. 2012.

SILVA, A. C. O.; SOUSA, M. C. C.; NOGUEIRA, J. A.; MOTTA, M. C. S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.2, p.402-16, 2007.

SOBRINHO, E. C. R.; FREITAS, K. G.; FIGUEIREDO, R. M.; CALIARI, J. S. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.416-21, 2013.

STONE, D. Transfer agents and global networks in the “transnationalization” of policy. **Journal of European Public Polict**. University of Warwick, v.11, n.3, p.545-566, 2004.

TADESSE, T.; DEMISSIE, M.; BERHANE, Y.; KEBEDE, Y.; ABEBE, M. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health**. v.13, n.424, p.1-7, 2013.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.16, n.4, 2008. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Jun. 2013.

TURGEON, J.; GAGNON, F.; MICHAUD, M.; TREMBLAY, S. **Policy Health Transfer and Health Impact Assessment**. Series Transfer of knowledge. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Canada, 2008.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; ARCÊNCIO, R. A.; CARDOZO-GONZALEZ, R. I. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a

implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino Netto A.; Villa T. C. S. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB, 2006.

World Health Organization. **The Global Plan to Stop TB 2011-2015**. Geneva, 2010. 101 p.

World Health Organization. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva, 2013. 290 p.

World Health Organization. **Stop TB Partnership. Operational Strategy 2013-2015**. Geneva, 2012. 28 p.

World Health Organization. **A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV**. Geneva; 2002a. (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV\_AIDS/2002.2).

World Health Organization. **Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis: alto a la tuberculosis enfermedades transmisibles**. WHO; Genebra, 2002b.

World Health Organization. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. WHO report 2008. Geneva; 2008.

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

# *Apêndices*

---

---

## 10.0 APÊNDICES

### **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

Prezado (a), senhor (a):

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “*Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte*”, e solicitar a sua participação na realização deste estudo.

Meu nome é Lais Mara Caetano da Silva, sou enfermeira e aluna de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Sou responsável por esta pesquisa, que está sob a coordenação e a orientação do Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Convido o (a) Senhor (a) para participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de avaliar a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da tuberculose nos municípios de Ribeirão Preto/SP e João Pessoa/PB. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o senhor, por exemplo, em uma sala reservada em seu local de trabalho. Neste encontro, pediremos ao senhor para que responda a um instrumento de coleta de dados que tem 30 questões, que falam sobre os aspectos relacionados à transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a Tuberculose para o serviço de saúde em que você trabalha (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Ambulatório, etc.). O período para o senhor (a) responder este questionário, será de cerca de quarenta minutos, e eu permanecerei no local para sanar qualquer dúvida que surja e obter o questionário ao final de sua participação. Todas as informações fornecidas por você 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 você 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 por conta disso. 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 para os serviços de saúde. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo no seu contexto de atuação, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

VERSÃO\_3\_TCLE\_OUT2012

## VERSO DO TCLE

2

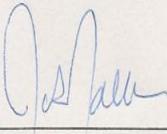
Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e meu supervisor). Se tiver 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)3602-3386, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949, 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 cópia 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)

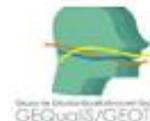
Pesquisador Responsável  
Prof. Dr. Pedro Fredemir PalhaEntrevistadora  
Lais Mara Caetano da Silva

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS**



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



**Instrumento de Coleta de Dados – Abordagem Quantitativa**

Projeto “Cobertura do Tratamento Diretamente Observado”

1.	Município: _____
2.	Local da coleta de dados: _____
3.	Sistema de Informação utilizado: _____
4.	Ano de Implantação do TDO: _____
5.	Forma de Organização de Atenção à TB: Centralizada <input type="checkbox"/> Descentralizada <input type="checkbox"/>
6.	Profissional Responsável pelo TDO: <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro (s). Especifique: _____

Informações sobre TB e TDO:

2000	População Total	Casos Novos	Casos com TDO	Casos sem TDO	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura

**Observações:**

---



---



---



---

2001	População Total	Casos Novos	Casos com TDO	Casos sem TDO	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura

**Observações:**

---



---



---

2002	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2003	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2004	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2005	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2006	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2007	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

Observações:

---



---



---



---

2008	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Observações:**

---



---



---



---

2009	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

**Observações:**

---



---



---



---

2010	População	Casos	Casos	Casos	Retratamentos	Falência	Abandono	Óbito	Cura
	Total	Novos	com TDO	sem TDO					

**Observações:**

---



---



---



---

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**



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



*Instrumento de Coleta de Dados – Projeto Universal CNPq “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”.*

Cód. Cenário [ ][ ][ ][ ]

No. [ ][ ][ ][ ]

Nível Form. [ ][ ][ ]

Data [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

<b>1.</b>	<b>Iniciais:</b> _____		
<b>2.</b>	<b>Sexo:</b> 1- <input type="checkbox"/> Feminino      2- <input type="checkbox"/> Masculino	<b>3.</b>	<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____
<b>4.</b>	<b>Função:</b>	<b>5.</b>	<b>Tempo que exerce a atual função:</b> ____ anos      99- <input type="checkbox"/> NSI

Dimensão Informação							
Questão	1 Discordo	2 Discordo Parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

	(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).								
<b>Dimensão Conhecimento</b>									
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 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.								
<b>Dimensão Inovação</b>									
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.								

*Anexos*

---

---

## 11.0 ANEXOS

**ANEXO A – Parecer do comitê de ética**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento de Pesquisas em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avênida Bandeirantes, 8000 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14210-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - usp@usp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 189/2012

Ribeirão Preto, 04 de outubro de 2012

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de outubro de 2012.

**Protocolo CAAE: 03490812.9.0000.5393**

**Projeto:** Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose: análise de sua implantação em Ribeirão Preto/SP (1998-2010).

**Pesquisador:** Pedro Fredemir Palha

*Em atendimento à Resolução 196/96, 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. Dra. Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.  
**Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética 2**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 225/2012

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2012.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 15ª Reunião Extraordinária, realizada em 26 de novembro de 2012.

**Protocolo CAAE: 05505812.2.0000.5393**

**Projeto:** Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose: um estudo avaliativo em Ribeirão Preto/SP e João Pessoa/PB.

**Pesquisadores:** Pedro Fredemir Palha  
Láís Mara Caetano da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, 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. Dra. Claudia Benedita dos Santos**  
Vice-coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilmo. Sr.**  
**Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP