UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAÍS MARA CAETANO DA SILVA

Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB).

Ribeirão Preto

2016

LAÍS MARA CAETANO DA SILVA

Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB).

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

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Laís Mara Caetano da

Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB). Ribeirão Preto, 2016.

177p. : il. ,

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

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Terapia Diretamente Observada. 3. Pessoal de saúde. 4. Estudos de validação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, LAÍS MARA CAETANO DA

Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB).

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

Aprovado em / / 2016

Banca Examinadora

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

Instituição: _____

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

Instituição: _____

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

Instituição: _____

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

Instituição: _____

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

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida, pelo constante amparo, pela força interna e perseverança que foram a mim ofertadas, especialmente nos momentos em que mais senti dificuldade de continuar a seguir meus sonhos e ideais.

À minha amada família, meu refúgio, meu porto seguro...

À minha mãe Sandra; ao meu pai Valmir; à minha irmã Priscila e à minha sobrinha Julinha. O meu mais profundo agradecimento por tudo o que vocês representam para mim. Pela amizade, pelo amor, pelo companheirismo, pela educação, pela paz que trazem ao meu coração cada vez que retorno para casa... Se estou aqui nesse momento, é graças à presença de vocês em minha vida!

Ao Ricardo, por todo apoio, carinho, cuidado, amor e atenção, por ter me acolhido em sua vida. Por me acompanhar nos momentos de felicidade, e também nos de tristeza... Por partilhar seus sonhos comigo, e pela paciência com que lida com meus anseios e preocupações.

Agradecimento Especial

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Pálha, que há dez anos me acolheu na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e desde então se constitui enquanto essencial em minha vida. Você me apresentou à pesquisa, à busca pelo aprendizado constante, à dedicação e ao amor pelo trabalho. Presenciou meu surgimento enquanto enfermeira, pesquisadora e apaixonada pela saúde pública, me ajudou em todos os momentos, aconselhando e mostrando que a reflexão é o melhor caminho para resolver todos os problemas. Meus mais profundos e sinceros agradecimentos!

Agradecimentos

*Aos meus familiares, especialmente à minha avó **Thereza**, que me presenteou com seu amor, carinho e dedicação por toda minha vida, externados em cada gesto de carinho e afeto; ao meu avô **Antônio Queriqueli**, que me demonstrou que caráter e respeito são essenciais; à minha avó **Beni** (in memoriam) e ao meu avô **Antônio Caetano da Silva** (in memoriam), por fazerem parte de boas recordações, meu eterno amor por vocês!*

*Aos meus tios **Éder** e **Edson**, à minha tia **Lucimar** e aos meus primos **Rodrigo**, **Rai** e especialmente ao meu primo **Andrei**, por nossas caminhadas, conversas e pelo carinho.*

*Ao meu cunhado **Fabiano**, por ser mais um a trazer força para nossa família. Agradeço sua presença e me orgulho de suas conquistas!*

*Às amigas que Ribeirão Preto me deu: **Juliane**, **Luciana**, **Talita** e **Tatiana**. A amizade e a acolhida na família de vocês nunca será por mim esquecida. Tenho sorte em tê-las na minha vida!*

*Às amizades que os anos de GeQualiS me deu: **Amélia**, **Carol Scarpel**, **Cassara**, **Catiucia**, **Fernando**, **Káren**, **Jaqueline**, **Júlia**, **Luciana**, **Mônica**, **Noriza**, **Simone**... Sem vocês, a jornada teria sido muito mais difícil! Muito obrigada pelo companheirismo, por proporcionar leveza à minha vida e por me fazer entender que juntos somos mais fortes!*

*Aos coordenadores GEOTB, **Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Tite)** e **Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto** pela acolhida, confiança e pelos valiosos ensinamentos. Agradeço também aos membros do GEOTB que fizeram parte de minha história: **Amelinha**, **Anneliese**, **Bia** (In memoriam), **Gabriela**, **Maria Eugênia**, **Nathalia Halax**, **Reinaldo**, **Rubia** e **Tiemi**, e à querida **Paty**.*

*Aos membros do GEOHaidS, coordenado pela **Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe**, especialmente à **Livinha** e à **Mayara**.*

*À **Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos**, por toda a paciência, atenção e tempo que disponibilizou para explicar sobre a estatística e a validação de instrumentos de pesquisa. Suas contribuições foram essenciais para a realização desse trabalho. Muito obrigada por sua ajuda!*

*À **Profa. Dra. Fátima Terezinha Scarparo Cunha**, agradeço imensamente por ter introduzido o tema “Transferência de Políticas” em minha vida, e também por todo o auxílio e cuidado ao fazer as contribuições no Exame de Qualificação.*

*Aos professores que me acolheram no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), **Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio e Profa. Dra. Sílvia Rita Marin da Silva Canini**, meu muito obrigada pela acolhida e por oportunizar momentos de grande aprendizado.*

*Aos “co-orientadores” que me ajudaram no decorrer da caminhada em busca da formação enquanto pesquisadora: **Anneliese Domingues Wysocki, Guilherme Rodrigues Barbosa e Simone Terezinha Protti**.*

*À **Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel e Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva**, pela atenção e pelos ensinamentos no período em que estive no PROFAPS-MS.*

*À **Profa. Dra. Ana Maria de Almeida**, pelos valiosos ensinamentos da graduação e da pós-graduação. Obrigada por me fazer sentir acolhida!*

*Aos vizinhos da “Vila do Chaves”, especialmente ao **Fernando** e à **Carol**, por toda a ajuda, que me auxiliou de forma ímpar na etapa de finalização da tese.*

*À **Lis Aparecida de Souza Neves**, que me proporcionou a valiosa experiência de participar do Comitê de Tuberculose de Ribeirão Preto.*

*À **Lane**, por sua capacidade de escuta e também por me auxiliar a refletir para lidar com os imprevistos e desafios do cotidiano.*

*Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial à secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, **Shirley Figueiredo**, por toda sua atenção e gentileza.*

*Ao **Jonas Bodini Alonso**, pelo valioso auxílio nas análises estatísticas.*

Aos componentes da banca, que disponibilizaram seu tempo para contribuir com o aprimoramento de minha pesquisa.

Aos profissionais que dispenderam seu tempo para participar deste estudo e fazer dele realidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do estudo.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desse trabalho. Meus profundos agradecimentos!

RESUMO

SILVA, L.M.C. **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB)**. 2016. 177f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2016.

Compreendendo a tuberculose enquanto problema de saúde pública, desde meados dos anos 1990 a Organização Mundial da Saúde recomenda ações de controle da doença, dentre estas a *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) que, junto às demais recomendações, é transferida e executada em diferentes cenários, sendo essa transferência merecedora de atenção e aprofundamento, o que deve ocorrer por meio da utilização de métodos válidos e confiáveis. Trata-se de um estudo metodológico, cujo objetivo é elaborar e validar um instrumento voltado à avaliação da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado, segundo a perspectiva de profissionais de saúde, por meio das dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”. O estudo foi realizado em três fases, a saber: validação semântica, primeira fase do estudo de campo e segunda fase do estudo de campo. A validação semântica contou com 24 profissionais; a primeira fase do estudo de campo, com 101 profissionais; e a segunda fase do estudo de campo, com 401 profissionais. Na validação semântica, o instrumento foi ajustado segundo as sugestões dos entrevistados, tendo ocorrido também a retirada de dois itens dos 49 inicialmente propostos. Na primeira fase do estudo de campo, o instrumento não apresentou efeito *floor and ceiling* e foram retirados 8 itens com carga fatorial $< 0,30$ na Análise Fatorial Exploratória. O instrumento apresentou um bom alfa de Cronbach ($\alpha=0,87$), e a dimensão “Conhecimento” apresentou alfa baixo ($\alpha=0,645$). Na segunda fase do estudo de campo, o efeito *floor and ceiling* manteve-se ausente, com baixo coeficiente de correlação linear de Pearson (r), baixo ajuste (55%) e baixo alfa de Cronbach ($\alpha=0,61$) para a dimensão “Conhecimento”, tendo as dimensões “Informação” e “Inovação” atingido valores aceitáveis. Para o instrumento como um todo, o Alfa de Cronbach foi de 0,872. O KMO e o Teste de Esfericidade de Bartlett foram satisfatórios, permitindo a Análise Fatorial Confirmatória. Entretanto, identificou-se baixo valor de ajuste do modelo no CFI e RMSEA (0,576 e 0,088, respectivamente), com uma baixa correlação entre as dimensões propostas. Conclui-se que o instrumento elaborado é capaz de avaliar a transferência do TDO segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior de forma unidimensional, sem a utilização das três dimensões inicialmente propostas.

Palavras chaves: Tuberculose, Terapia diretamente observada, Pessoal de saúde, Estudos de validação.

ABSTRACT

SILVA, L.M.C. **Development and validation of an evaluation tool of Directly Observed Therapy of tuberculosis transfer from the perspective of mid and high-level health professionals (ATP-IINFOC-TB)**. 2016. 177p. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Understanding tuberculosis as a public health problem since the mid-1990s, the World Health Organization recommended disease control actions, among them the Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) that, together with other recommendations, is transferred and executed in different scenarios, being this transfer worthy of attention and deepening, what should be made using valid and reliable methods. This is a methodological study, which aims to develop and validate a tool, which aims to assess the transfer of the Directly Observed Treatment policy, from the perspective of health professionals, through the dimensions "Information", "Knowledge" and "Innovation". The study was conducted in three stages, namely: semantic validation, the first phase of the field study and the second stage of the field study. The semantic validation was attended by 24 professionals; the first phase of the field study by 101 professionals; and the second phase of the field study by 401 professionals. In the semantic validation, the instrument was adjusted according to respondent's suggestions, having also been removed two of the 49 items initially proposed. In the first phase of the field study, the tool had no effect floor and ceiling, and were removed 8 items with factor loadings <0.30 in Exploratory Factor Analysis. The tool showed a good Cronbach's alpha ($\alpha=0.872$), and the dimension "Knowledge" presented low alpha ($\alpha=0.645$). In the second phase of the field study, the effect of floor and ceiling remained absent with a low Pearson's coefficient of linear correlation (r), a low fit (55%) and low Cronbach's alpha ($\alpha=0.61$) for the dimension "Knowledge", having the dimensions "Information" and "Innovation" reached acceptable values, and the tool showed a good Cronbach's Alpha ($\alpha=0.89$). The KMO and Bartlett's sphericity test were satisfactory, allowing the Confirmatory Factor Analysis. However, it identified a low value of model's fit in CFI and RMSEA (0.576 and 0.088, respectively), with a low correlation between the proposed dimensions. It was concluded that the elaborated tool is able to assess the transfer of the Directly Observed Therapy from the perspective of mid and high-level health professionals in the unidimensional form, without the use of the three dimensions originally proposed.

Keywords: Tuberculosis, Directly Observed Therapy, Health personnel, Validation studies.

RESUMÉN

SILVA, L.M.C. **Desarrollo y validación de un instrumento de evaluación de la transferencia de Tratamiento Directamente Observado de la tuberculosis desde la perspectiva de los profesionales de salud de nivel medio y superior (ATP-IINFOC-TB).** 2016. 177h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Comprendiendo la tuberculosis como problema de salud pública desde mediados de la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud recomienda las acciones de control de enfermedades, entre ellas el tratamiento de observación directa y supervisada (TODS) que, junto con otras recomendaciones, se transfiere y ejecuta en diferentes escenarios, y esto merece la atención y traslado profundización, que debe llevarse a cabo mediante el uso de métodos válidos y fiables. Se trata de un estudio metodológico, cuyo objetivo fue desarrollar y validar un instrumento destinado a evaluar la transferencia de la política de tratamiento directamente observado, desde la perspectiva de los profesionales de la salud a través de las dimensiones de "información", "conocimiento" y "Innovación ". El estudio se realizó en tres etapas, a saber: la validación semántica, la primera fase del estudio de campo y la segunda fase del estudio de campo. La validación semántica asistieron 24 profesionales; la primera fase del estudio de campo, 101 trabajadores; y la segunda fase del estudio de campo 401 profesionales. La validación semántica, el instrumento se ajustó de acuerdo a las sugerencias de los encuestados, habiendo también sido la eliminación de dos de los 49 ítems propuestos inicialmente. En la primera fase del estudio de campo, el instrumento no tuvo efecto floor and ceiling, y fueron retirados 8 elementos con cargas factoriales $<0,30$ en el análisis factorial exploratorio. El instrumento mostró un buen alfa de Cronbach ($\alpha = 0,872$), y la dimensión "Conocimiento", ha presentado bajo alfa ($\alpha = 0,645$). En la segunda fase del estudio de campo, el efecto floor and ceiling se mantuvo ausente con un bajo coeficiente de Pearson, coeficientes de correlación (r) y ajuste bajo (55%) y bajo alfa de Cronbach ($\alpha = 0,61$) para la dimensión "Conocimiento", las dimensiones de "Información" y "Innovación" alcanzaron valores aceptables. Para el instrumento en su conjunto, alfa era 0,89. El KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett fueron satisfactorios, permitiendo el análisis factorial confirmatorio. Sin embargo, se identificó el modelo base del valor de ajuste en el TPI y RMSEA (0,576 y 0,088, respectivamente), con baja correlación entre las dimensiones propuestas. Se concluyó que el instrumento elaborado es capaz de evaluar la transferencia de la acción TDO desde la perspectiva de profesionales de la salud de nivel medio y superior de manera unidimensional sin el uso de tres dimensiones propuestas originalmente.

Palabras-clave: Tuberculosis, Terapia por observación directa, Personal de salud, Estudios de validación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estratégia DOTS e seus pilares	29
Figura 2	Objetivos estratégicos da <i>Stop TB Partnership</i>	33
Figura 3	Modelo para análise da transferência de políticas em saúde	54
Figura 4	Mapa com regiões e municípios que foram cenários do estudo	71
Figura 5	Diagrama de caminhos do ATP-IINFOC-TB	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Procedimentos para construção e validação de instrumentos	64
Quadro 2	Características dos cenários do estudo.....	71
Quadro 3	Artigos que auxiliaram no processo de elaboração e validação do instrumento ATP-IINFOC-TB segundo autores, título, periódico, volume e ano de publicação	77
Quadro 4	Definição das três dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e distribuição dos itens	80
Quadro 5	Itens que compõem a primeira versão do instrumento ATP-IINFOC-TB e respectivas justificativas de inclusão	81
Quadro 6	Itens contidos no instrumento primário distribuídos segundo categorias: “Dificuldade na compreensão”, “Redação na forma negativa”, e “Propostas de reestruturação”.	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra de profissionais que participaram da validação semântica segundo nível de formação. Brasil, 2016.	73
Tabela 2	Distribuição da amostra dos participantes a primeira fase do estudo de campo segundo nível de formação. Brasil, 2016.	74
Tabela 3	Distribuição da amostra dos participantes da segunda fase do estudo de campo, segundo nível de formação. Brasil, 2016.	74
Tabela 4	Resultados das buscas realizadas nas bases de dados, segundo cruzamento de palavras-chave. Brasil, 2016.	76
Tabela 5	Distribuição dos itens no Formulário de Impressões específicas após sorteio. Brasil, 2016.	88
Tabela 6	Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da validação semântica do ATP-IINFOC-TB, segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016. ...	95
Tabela 7	Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde entrevistados, segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.	96
Tabela 8	Alterações realizadas nos itens do ATP-IINFOC-TB para a validação semântica. Brasil, 2016.	99
Tabela 9	Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da primeira fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB, segundo as variáveis idade e tempo de atuação. Brasil, 2016.	104
Tabela 10	Caracterização sociodemográfica dos entrevistados, segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.	105
Tabela 11	Valores mínimo e máximo dos escores das dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e efeitos <i>floor and ceiling</i> . Brasil, 2016.	106
Tabela 12	Análise Fatorial Exploratória (Rotação Varimax): itens mantidos no ATP-IINFOC-TB segundo dimensão. Brasil, 2016.	107
Tabela 13	Descrição dos itens retirados do ATP-IINFOC-TB após a realização da Análise Fatorial Exploratória, segundo número e dimensão. Brasil, 2016.	108

Tabela 14	Análise comparativa do alfa de Cronbach segundo agrupamento proposto pela AFE e agrupamento proposto pelo grupo de pesquisa. Brasil, 2016.....	112
Tabela 15	Características sociodemográficas dos profissionais participantes da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB segundo as variáveis idade e tempo de atuação. Brasil, 2016.....	113
Tabela 16	Características sociodemográficas dos profissionais participantes da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.....	113
Tabela 17	Valores padronizados da média aritmética, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para os escores resultantes das respostas ao instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.....	114
Tabela 18	Valores mínimo e máximo dos escores das dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e efeitos <i>floor and ceiling</i>	115
Tabela 19	Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson (r) entre os itens e em cada uma das dimensões do ATP-IINFOC-TB, obtidos por meio da análise multitraço-multimétodo, para profissionais de saúde de nível médio e superior. Brasil, 2016.	117
Tabela 20	Valores de ajuste, segundo análise multitraço-multimétodo, para o ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.....	118
Tabela 21	Valores do alfa de Cronbach para cada dimensão do instrumento ATP-IINFOC-TB e quando o item é excluído. Brasil, 2016.	120
Tabela 22	Resultados dos testes KMO e Esfericidade de Bartlett calculados para o instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.	122
Tabela 23	Valores do CFI e RMSEA calculados para o instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
ATP-IINFOC-TB	Avaliação da Transferência de Políticas – Informação, Conhecimento e Inovação
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	Directly Observed Therapy Short-Course
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAP	Multitrait Analysis Program
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Serviços de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose multidrogarresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado

TP	Transferência de Políticas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Referência
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	21
2 INTRODUÇÃO	26
2.1 Tuberculose e medidas de controle no cenário mundial	26
2.1.1 Estratégia DOTS: o início de uma política sistematizada para o controle da tuberculose.....	27
2.1.2 Estratégia Stop TB: em busca de uma ampliação no olhar sobre o controle da TB.....	32
2.2 Tuberculose: aspectos políticos e ações de controle no contexto brasileiro	38
2.3 Avaliação em saúde: intersecções com a análise da transferência do Tratamento Diretamente Observado	43
2.4 Transferência de Políticas: uma perspectiva inovadora para a pesquisa em saúde pública	47
3 OBJETIVOS.....	59
3.1 Objetivo Geral	59
3.2 Objetivos Específicos	59
4 HIPÓTESES DO ESTUDO.....	61
5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	63
5.1 Validade de instrumentos de medida	63
6 MATERIAL E MÉTODO.....	70
6.1 Natureza da pesquisa	70
6.2 Cenários do estudo	70
6.3 Participantes do estudo	72
6.4 Critérios de inclusão e exclusão	75
6.5 Instrumento de coleta de dados	75
6.6 Procedimentos metodológicos para a coleta e análise dos dados	85
6.6.1 Validação Semântica.....	86
6.6.2 Estudo de campo	89
6.7 Aspectos éticos da pesquisa	92

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
7.1 Validação semântica	95
7.1.1 Validação semântica: caracterização dos profissionais de saúde entrevistados	95
7.1.2 Validação semântica: impressões dos entrevistados e contribuições para readequação do instrumento primário	97
7.1.3 Validação semântica: contribuições para o refinamento dos itens do instrumento primário	98
7.2 Estudo de campo	104
7.2.1 Primeira fase do estudo de campo	104
7.2.1.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados	104
7.2.1.2 Avaliação das propriedades psicométricas do ATP-IINFOC-TB	106
7.2.1.2.1 Análise do efeito <i>floor and ceiling</i>	106
7.2.1.2.2 Análise Fatorial Exploratória – diminuição de itens do ATP-IINFOC-TB ..	106
7.2.1.2.3 Fidedignidade do ATP-IINFOC-TB – consistência interna dos itens	111
7.3 Segunda fase do estudo de campo	113
7.3.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados	113
7.3.2 Estatística descritiva da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB	114
7.3.3 Avaliação das propriedades psicométricas do ATP-IINFOC-TB	115
7.3.3.1 Análise do efeito <i>floor and ceiling</i>	115
7.3.3.2 Validade de construto convergente e discriminante	116
7.3.3.3 Fidedignidade do instrumento ATP-IINFOC-TB – consistência interna e reprodutibilidade	119
7.3.3.4 Análise Fatorial Confirmatória – analisando a validade de construto do ATP-IINFOC-TB	122
7.3.3.4.1 Critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett	122
7.3.3.4.2 Testes de ajuste do ATP-IINFOC-TB – <i>Comparative Fit Index (CFI)</i> e <i>Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)</i>	123
7.3.3.4.3 Diagrama de caminhos – Modelagem de Equações Estruturais	124
 8 CONCLUSÕES	 128
 REFERÊNCIAS	 132

ANEXOS	152
ANEXO I – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES GERAIS DO PROJETO DISABKIDS®.....	152
ANEXO II – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 1.....	153
ANEXO III – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 2.....	154
ANEXO IV – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 3.....	155
ANEXO V – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 4.....	156
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO COORDENADORA PROJETO DISABKIDS®	157
ANEXO VII – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EERP-USP.....	158
ANEXO VIII– APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA GHC	159
 APÊNDICE.....	 162
APÊNDICE I – PRIMEIRA VERSÃO DO ATP-IINFOC-TB	162
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
APÊNDICE III – SEGUNDA VERSÃO ATP-IINFOC-TB	169
APÊNDICE IV – TERCEIRA VERSÃO ATP-IINFOC-TB.....	172
APÊNDICE V – QUARTA VERSÃO ATP-IINFOC-TB UNIDIMENSIONAL	175

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa em saúde e em enfermagem é parte tão integrante de minha vida quanto o curso de graduação, tendo em vista que ambas caminharam lado a lado desde o ano de 2006, quando iniciei o curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Em uma primeira oportunidade, tendo como orientador o Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, fui inscrita no edital 2006/2007 do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (PIBIC-USP) e tivemos um retorno positivo, com financiamento para a realização do projeto ***“Caracterização dos idosos aposentados, com diabetes mellitus, tipo 2, em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP”***, voltado para a caracterização de idosos aposentados com diabetes tipo 2 vinculados a um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP. A partir desse momento, me aproximei das etapas relacionadas à construção e desenvolvimento de uma pesquisa, o que contemplou desde o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, a adequação do instrumento de coleta de dados, a coleta de dados em si (tanto via prontuário quanto via entrevista junto aos sujeitos da pesquisa) até a construção de resumos apresentados em eventos científicos e do artigo científico ***“Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil”***, o qual foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) em seu volume 44, número 2, no ano de 2010.

No ano seguinte, ao pleitear o edital 2007/2008 do PIBIC-USP, recebi novo financiamento e trabalhei com o projeto ***“O Controle da Tuberculose sob a ótica dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde em um município do estado de São Paulo”***, vinculado ao estudo multicêntrico ***“Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da Tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”*** - Edital MCT-CNPq/ MS – SCTIE – DECIT nº. 25/2006. Esse projeto foi o início de minha aproximação junto à temática da tuberculose, a qual se deu especialmente por meio da Livre Docência de meu orientador, ocorrida no mesmo ano, voltada ao estudo da tuberculose no estado de São Paulo. O desenvolvimento desse trabalho me permitiu vivenciar experiências relacionadas a uma nova perspectiva organizacional – passei a ter vínculo efetivo junto a um grupo de pesquisa – o Grupo de Estudos

Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), participar de reuniões semanais que tinham como foco a discussão dos trabalhos e das diferentes estratégias de pesquisa – tanto relacionadas ao enfoque quantitativo quanto qualitativo, bem como de reuniões do Comitê Municipal de Tuberculose de Ribeirão Preto.

Nesse momento, auxiliei ainda na coleta de dados de um trabalho de doutorado, momento em que pude compreender melhor a organização da rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto e também a organização da atenção à tuberculose nesse cenário. Como na Iniciação Científica anterior, os resultados do trabalho foram apresentados em eventos científicos e, em parceria com a, na época doutoranda, Simone Teresinha Protti, publicamos o artigo científico **“A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios”**, publicado também na REEUSP, em seu volume 44, número 3, no ano de 2010.

A partir do segundo semestre de 2008, enfrentei um novo desafio. Recebi o financiamento do Projeto IV, da Pró-Reitoria de Pesquisa da USP, o qual é voltado para alunos de graduação que exercem a função de apoio técnico junto a grupos de pesquisa. Desenvolvi essa atividade ainda junto ao GEOTB e consistiu em uma oportunidade ímpar, na qual pude vivenciar novas experiências e adquirir conhecimentos relacionados à gestão e manutenção de um grupo de pesquisa. Tais atividades incluíam: participar das reuniões semanais do grupo de pesquisa; Auxiliar na elaboração da versão final do instrumento de coleta de dados do projeto **“Avaliação da Satisfação do Usuário em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle da Tuberculose em municípios de diferentes regiões do Brasil”**, participei de toda a coleta de dados, da etapa de transcrição das entrevistas qualitativas, de treinamentos para o manuseio do Software *Statística 8.0* da *Statsoft*, realizei buscas bibliográficas, auxiliei na análise dos dados quantitativos, e também participei do processo de revisão de dois capítulos do livro **“Tuberculose: Pesquisas Operacionais”**.

Além disso, participei do processo de construção de manuscritos enviados para publicação; Elaborei e enviei resumos para eventos científicos da área e participei de discussões voltadas para adequação do instrumento de coleta de dados do projeto **“Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”**. Enquanto exercia as atividades relacionadas ao

Projeto IV, continuei trabalhando com atividades relacionadas à Iniciação Científica. Com o objetivo de prosseguir com as atividades, que incluíam o envio de um resumo ao Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP), fiz a inscrição em sua 17ª edição, ocorrida no ano de 2009, e apresentei o trabalho **“Tratamento Supervisionado em um município do interior paulista: análise da satisfação dos doentes de Tuberculose”**, recorte do projeto de Iniciação Científica **“Avaliação da satisfação dos doentes de tuberculose quanto à acessibilidade aos serviços de saúde de Ribeirão Preto/SP”**, o qual foi enviado também no segundo semestre de 2009 para a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). O trabalho apresentado no SIICUSP recebeu menção honrosa e, após análise de documentos requisitados pela Pró-Reitoria de Pesquisa, recebi um prêmio viagem internacional, o qual me proporcionou a oportunidade de conhecer a Universidade Estadual de Nova Jersey – *Rutgers University* e apresentar o mesmo trabalho que o foi apresentado no SIICUSP. Esse foi o primeiro trabalho a receber nessa modalidade de premiação, pela EERP/USP.

No ano de 2010, quando cursei meu último ano da graduação, prossegui com o desenvolvimento do projeto de Iniciação Científica financiado pela FAPESP, o qual foi o meu Trabalho de Conclusão de Curso e resultou na publicação do artigo intitulado **“Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes”**, na REEUSP, sob o volume 46, número 2, do ano de 2012.

A inserção na pesquisa que ocorreu durante todo o curso de graduação resultou no interesse em prosseguir com essa atividade, com o intuito de aprimorar aspectos que não conseguem ser abarcados com a Iniciação Científica. Dessa forma, no ano de 2011 prossegui com as atividades relacionadas à pesquisa e, dentre elas, auxiliei na construção do projeto de pesquisa **“Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”**, o qual foi enviado para o Edital Universal número 14/2011, com o intuito de pleitear auxílio pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A inserção no processo de construção do projeto fez com que eu percebesse a temática da tuberculose segundo uma nova perspectiva – a dos profissionais de saúde, sujeitos dos quais ainda não havia me aproximado. Dessa forma, tive como proposta para pleitear o ingresso junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, elaborar e validar um instrumento que busca avaliar

a transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose enquanto componente da política de controle da doença, desde a esfera política até sua prática cotidiana, haja vista que se reveste de grande importância aprofundar na análise do modo como as políticas de controle da tuberculose são experienciadas por esses sujeitos, vistos como promotores e viabilizadores das ações de saúde empreendidas para o controle da tuberculose, especialmente no Sistema Único de Saúde. Assim sendo, participei do processo seletivo via fluxo contínuo em 2011, no Doutorado Direto, qual fui aprovada e, dessa forma, dei início às minhas atividades no referido programa de pós-graduação, as quais têm como objetivo a construção da tese intitulada ***“Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB)”***.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

2.1 Tuberculose e medidas de controle no cenário mundial

A tuberculose (TB) é uma doença milenar, que acomete predominantemente os pulmões, e recrudesceu nas últimas décadas do século XX devido ao advento do HIV/aids (RUFFINO NETTO, 2002). No ano de 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a doença como problema de saúde pública mundial e o controle da doença como prioridade (ARNADOTTIR, 2009).

Mais de vinte anos depois deste marco, estima-se que 9,6 milhões de pessoas tenham desenvolvido a doença no ano de 2014, sendo 5,4 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1,0 milhão de crianças, sendo que 1,5 milhão morreriam em decorrência da TB, situação que a colocou na liderança do número de óbito por doenças infecciosas. Esses números são considerados inaceitavelmente grandes, tendo em vista que a maioria dos casos são evitáveis e curáveis (BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a).

Doença intimamente relacionada a aspectos sociais e econômicos, cerca de 95% dos óbitos que têm a TB como causa base ocorreram em países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento, encontrando-se dentre as cinco doenças que mais matam mulheres com idade entre 15 e 44 anos, ou seja, em idade economicamente ativa e em fase reprodutiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Apesar dos números ainda expressivos, foram identificados avanços no decorrer dos anos: a taxa de mortalidade por TB declinou 47% e a taxa de incidência está diminuindo na maioria dos países. Destaca-se ainda que, entre 2000 e 2014, 43 milhões de vidas foram salvas com diagnóstico e tratamento efetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a).

A melhora dos indicadores relacionados à TB e ao controle da TB advém, especialmente, das ações propostas pela OMS que foram incorporadas mundialmente, em especial nos 22 países que apresentam maior carga da doença, no decorrer de mais de 20 anos: a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) (1994 a 2005), a estratégia STOP TB (2006-2015) e, partindo para

uma perspectiva atualizada, a estratégia END TB (2015-2035), que serão apresentadas a seguir. Cabe, neste momento, uma observação: é necessário compreender que as ações de controle da TB propostas no decorrer dos anos são provenientes de diferentes contextos históricos, sociais e políticos, que permeiam desde a concepção até a sua transferência e incorporação pelos governos, sistemas de saúde e profissionais das equipes que neles atuam.

2.1.1 Estratégia DOTS: o início de uma política sistematizada para o controle da tuberculose

Em 1959, a *International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases* (IUATLD), por meio da OMS, publicou uma resolução antes da Assembleia Mundial da Saúde: a eliminação da TB como prioridade mundial, o que se tornou um marco para o início do controle da doença nos países em desenvolvimento (ARNADOTTIR, 2009a).

Apesar de importante, a recomendação era genérica e, portanto, limitada em relação às ações que poderiam ser empreendidas para o controle da TB. Vinte anos depois, em 1979, um artigo publicado no *New England Journal of Medicine* sugeriu que, pelo fato da TB necessitar de um longo período de tratamento e acompanhamento para a cura, a doença poderia ser melhor controlada por meio de investimento em pesquisas voltadas à identificação de estratégias para prevenção e tratamento, mais baratas e eficientes, ao invés de implementar de modo imediatista programas de tratamento em larga escala. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde seletiva era recomendada em áreas nas quais os recursos eram limitados (ARNADOTTIR, 2009b; WALSH; WARREN, 1979).

Ainda no final da década de 1970, a IUATLD iniciou atividades colaborativas junto a países em desenvolvimento, disparadas após um encontro ocorrido na Tanzânia no qual foi destacada a necessidade da assistência aos doentes com TB refletir as necessidades locais, evidenciando então a necessidade de formulação e implantação de programas de controle da TB modernos em todos os países, com treinamento dos profissionais de saúde e obtenção de medicamentos a preço reduzido: este foi o disparador para uma colaboração internacional liderada por

Annik Rouillon e Karel Styblo (ARNADOTTIR, 2009b; INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS, 1977).

Na década de 1980, com o advento do HIV/aids, a TB voltou à agenda internacional, e o referencial voltado aos programas foi reconhecido como a intervenção mais custo efetiva em países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento. Em 1989, a OMS fortaleceu sua “Unidade de Tuberculose” e recorreu a Karel Styblo para analisar as possíveis ações a serem desenvolvidas: o modelo de programas colaborativos que fora criado se tornou a base da nova estratégia de controle da TB. Dois anos depois, em 1991, a Assembleia Mundial de Saúde reforçou as metas globais para o controle da TB e teve início um projeto vinculado ao Banco Mundial da China, junto à OMS e ao próprio Karel Styblo para testar essa nova estratégia (ARNADOTTIR, 2009a; ARNADOTTIR, 2009b; CHEN et al., 2002).

Após declarar a propagação da doença como emergência global, a OMS lançou formalmente a estratégia DOTS em 1994. Esta, advinda de uma parceria entre a OMS e Karel Styblo, teve como base o modelo proposto pelo estudioso da área. Tal modelo era composto por inúmeras camadas, contemplando uma abordagem global para o controle da TB: gerenciamento de casos ao invés de tratamento preventivo, vacinação ou outras abordagens e princípios básicos como estratégias para gerenciamento de casos e sistemas de suporte operacional. Uma importante tópico do modelo considera ainda o contexto mais amplo dentro do qual se originou. Essa perspectiva de controle da TB trouxe ainda um importante exemplo de como a evidência científica pode ser usada pelos formuladores de políticas, o que anteriormente não ocorria (ARNADOTTIR, 2009a; ARNADOTTIR, 2009b).

A OMS, ao adotar o modelo proposto por Styblo como base para suas novas políticas recomendatórias, realizou algumas modificações com o intuito de simplificá-la e a divulgou como uma solução global para o controle da TB. À época, a alternativa encontrada foi divulgar princípios básicos dessa política, buscando encorajar e assistir diferentes localidades com a formulação de políticas adaptadas aos contextos específicos. Dentro desse processo de análise e adaptação da estratégia, ocorreu a busca por uma “marca” que tornasse mais fácil sua memorização: a escolha foi por DOTS, o acrônimo do termo “*Directly Observed Treatment Short-Course*”, além da divulgação desta enquanto um pacote de políticas, com o intuito de tornar a estratégia mais simplificada e, conseqüentemente,

fácil de ser seguida e trabalhada apesar da complexidade dos conceitos nos quais ela é embasada (ARNADOTTIR, 2009 b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

A estratégia DOTS, atendendo à proposta de simplificação e ampla divulgação da OMS, é composta por cinco pilares voltados ao enfrentamento e consequente controle da TB:

Figura 1 – Estratégia DOTS e seus cinco pilares.
Fonte: *World Health Organization*, 1994.

Os cinco pilares são explorados de forma mais detalhada, de acordo com a primeira publicação da OMS voltada à temática, adiante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994). Cabe destacar que os respectivos avanços dos aspectos contemplados nessa proposta serão abordados de acordo com a evolução histórica e estabelecimento de novas estratégias.

1. Compromisso político/governamental com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), buscando cobertura nacional e atividade permanente no sistema de saúde, integrando a estrutura de saúde existente com a liderança técnica de uma unidade central. A liderança efetiva requer uma equipe permanente e qualificada em gerenciamento do controle da TB. Essa equipe tem como função iniciar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades centrais dos PNCTs em todos os níveis de atenção. Adicionalmente, a equipe deve se unir a experts da

área de TB para regularmente atualizar o conhecimento sobre todos os aspectos relacionados à doença;

2. Detecção de casos por meio, predominantemente, da busca passiva de casos. Esta ocorreria entre pessoas que se apresentassem a um profissional de saúde com sintomas indicativos de TB. Esses deveriam ser encaminhados a serviços de saúde para a confirmação diagnóstica, que predominantemente ocorreria pela microscopia;
3. Administração de uma terapia padronizada de curta duração em todos os casos de baciloscopia positiva dentro de condições adequadas da gestão de casos. A própria gestão de casos assegura a supervisão da ingesta medicamentosa, até cinco vezes por semana na fase de ataque, assegurando que o paciente cumpra o tratamento;
4. Estabelecimento de um sistema de fornecimento de drogas regular, com todas as drogas anti-TB essenciais. O avanço no planejamento da aquisição de medicamentos e a entrega no prazo deveriam ser baseadas no número de casos registrados durante o último semestre completo, mantendo os níveis do estoque;
5. Estabelecimento de um sistema de monitoramento para supervisão e avaliação. Esse sistema é baseado no registro individual das informações dos pacientes em nível local, com repasse regular de informações para os níveis centrais.

A proposição de uma estratégia de controle da TB baseada em evidências científicas representou um importante avanço. Foi neste cenário em que se propôs curar 85% dos casos novos com baciloscopia positiva e detectar 70% dos casos existentes até o ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994). Apesar dessas iniciativas, a estratégia DOTS foi alvo de críticas voltadas especialmente ao fato de que o modelo de gerenciamento de casos não preveniria o aumento da incidência da TB em localidades com elevada prevalência, e o modo como a mesma foi aplicada não atenderia às expectativas dos sistemas de saúde pluralistas (ARNADOTTIR, 2009a). Esses aspectos coadunam com a perspectiva de Ogden (2000), que aponta que apesar de necessários, os *guidelines* não são o suficiente para alcançar o controle da doença: eles precisam ser adaptados aos aspectos sociais, econômicos e ao contexto dos serviços de saúde onde serão aplicados.

É neste cenário de contribuições e contradições que o Tratamento Diretamente Observado (TDO) se encontra. Com o intuito de assegurar um tratamento regular e completo e lutar contra a falha, a drogaresistência e o abandono, justifica-se a inserção de uma estratégia de supervisão da ingesta medicamentosa que traga a pessoa acometida por TB para mais perto dos serviços de saúde e dos profissionais (ARNADOTTIR, 2009a).

O TDO consiste na observação da ingesta medicamentosa, preferencialmente todos os dias úteis (segunda a sexta-feira) na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, devendo ser administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por pessoas que façam parte da rede de relações do doente com TB, desde que essa seja devidamente capacitada e monitorada pelo enfermeiro do serviço de saúde ao qual o doente de TB é vinculado. Cabe ressaltar que, aos finais de semana e feriados, os medicamentos são autoadministrados (BRASIL, 2011a).

Alvo de elogios e críticas, o TDO divide opiniões. Alguns trazem a prática como autoritária e alienante, reduzindo a responsabilidade das pessoas acometidas pela TB em relação ao auto-cuidado. Outros, em contrapartida, veem o TDO enquanto uma estratégia de cuidado que promove o compartilhamento de responsabilidades entre quem está em tratamento e quem está ofertando a ação (ARNADOTTIR, 2009a).

As opiniões são diversas: existem estudos nos quais os doentes enxergam a prática com desconfiança e outros nos quais os doentes interpretam o TDO como sinal de profissionalismo e cuidado. Recentemente, uma revisão sistemática divulgada pela Colaboração Cochrane traz que o TDO não apresenta diferença significativa nos desfechos de cura frente ao Tratamento Auto-Administrado (TAA). Essa situação é a mesma encontrada no município de Ribeirão Preto/SP, no qual um estudo evidenciou que além de mais dispendioso que o TAA, os índices relacionados ao sucesso do tratamento entre uma prática e outra eram semelhantes e, portanto, o TDO merecia maior investimento em infra-estrutura, recursos humanos e em ações de educação permanente (ARNADOTTIR, 2009a; DICK; VAN-DER-WALT; GOMES, 2013; HOOGENDORN; TOBIAS, 1996; KARUMBI; GARNER, 2015; LONNROTH et al., 2001).

2.1.2 Estratégia Stop TB: em busca de uma ampliação no olhar sobre o controle da TB

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os mais importantes problemas mundiais, estabeleceu os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O sexto ODM contemplava o combate ao HIV/aids, malária e outras doenças, incluindo a TB. A oitava meta era parar a transmissão da doença e reverter a incidência da doença, o indicador 23 era diminuir a prevalência e o número de óbitos associados à TB e o indicador 24, por sua vez, era o de aumentar a proporção de casos de TB tratados e curados pela estratégia DOTS. À época era esperado que, até o ano de 2015, ocorresse uma redução em 50% da prevalência e das mortes causadas pela TB em relação a 1990 (UNITED NATIONS, 2000; STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

Com o intuito de promover o alcance do ODM relacionado à TB, a OMS lançou, no ano de 2001, um documento para aplicação em escala global: a Estratégia Stop TB, que resultou também na criação da *Stop TB Partnership*, que congrega mais de 1.300 parceiros de 100 países. Esta parceria tem como missão assegurar a todos os pacientes com TB acesso ao diagnóstico efetivo, tratamento e cura; parar a transmissão da TB em nível mundial; reduzir o número de pessoas acometidas pela doença devido a iniquidades sociais e econômicas; e desenvolver e implementar novos métodos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e estratégias para combater a TB (STOP TB PARTNERSHIP, 2001; STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

A mesma possui três fases, que contempla os períodos entre 2001 e 2005 na primeira, 2006 a 2010 na segunda e 2011 a 2015 na terceira. Em sua primeira publicação, a mesma foi apresentada com 4 objetivos estratégicos, que seriam interligados e se comunicariam em busca de uma atenção à TB de qualidade e resolutiva:

Figura 2 – Objetivos estratégicos da *Stop TB Partnership*.
Fonte: STOP TB PARTNERSHIP, 2001.

Esses quatro objetivos contemplam: expandir a estratégia DOTS, para que todos tenham acesso ao diagnóstico e tratamento efetivos; Adaptar essa estratégia para atender os desafios emergentes do HIV e da multidroga-resistência; melhorar os equipamentos e tecnologias existentes, desenvolvendo novos métodos diagnósticos, drogas e vacinas; Fortalecer a *Stop TB Partnership* para assegurar que as ações de controle da TB sejam efetivamente aplicadas, especialmente nos 22 países que concentram 80% dos casos da doença (STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

Como se pode perceber, à época da formulação dessa nova estratégia, dois importantes desafios se faziam presentes: a co-infecção TB/HIV e a multidroga-resistência. Essa nova política de controle da TB se embasou no fato de que o controle efetivo da doença não poderia ser imposto, sendo fundamental o envolvimento dos governos e das comunidades nas ações de planejamento e implantação das ações de controle da TB. Essa iniciativa faz crer em uma primeira aproximação da construção coletiva como importante para a transferência e incorporação de uma política advinda de um âmbito central para diferentes cenários (STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

Além da missão e dos objetivos estabelecidos, a estratégia Stop TB lançada em 2001 possuía duas metas: uma para cinco anos e outra para dez anos. Para

2005 era esperado detectar 70% dos casos novos de TB ativa, tratar todos os casos detectados com a estratégia DOTS e curar pelo menos 85% dos casos tratados. Para 2010, era esperado reduzir a incidência global da doença, prevalência e óbitos causados pela mesma para 50% frente aos números registrados no ano 2000 (STOP TB PARTNERSHIP, 2001).

A fase 2, publicada no ano de 2006, foi embasada nas metas alcançadas até então, e de acordo com o financiamento sustentável para o controle da TB, baseado em uma resolução da Assembleia Mundial de Saúde de 2005, que focava no bom uso dos instrumentos disponíveis para o diagnóstico, tratamento e prevenção da TB, buscando aprimorar os equipamentos por meio da pesquisa e desenvolvimento (STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

Com o final de seus primeiros cinco anos, a estratégia Stop TB enfrentava indicadores insuficientes para alcançar a diminuição da mortalidade e da prevalência da doença previstas para 2015, especialmente na África Subsaariana e na Europa Oriental. Os aspectos basilares da primeira versão foram mantidos (metas e objetivos propostos). Nessa oportunidade, a estratégia Stop TB 2006-2011 apresentou aprimoramentos em dois aspectos: a introdução de 6 componentes, que tinham como foco: 1. Buscar pela ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS de alta qualidade; 2. Lidar com a co-infecção TB/HIV, TBMR e outros desafios; 3. Contribuir com o fortalecimento dos sistemas de saúde; 4. Engajar provedores de assistência global; 5. Contar com o apoio das pessoas acometidas pela TB e das comunidades; 6. Permitir e promover a pesquisa (STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

Pontos que merecem destaque na segunda etapa da estratégia Stop TB consistem no desmembramento dos componentes 3 (contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde) e 6 (permitir e promover a pesquisa). No componente 3, o tópico C revela a necessidade da adaptação de inovações de outros contextos, nos quais os PCTs e seus parceiros poderiam adaptar estratégias adotadas em outros programas de saúde pública prioritários, o que representa uma primeira aproximação em relação à transferência de políticas, que será detalhada adiante. O componente 6, em seu tópico A, revela a importância dos PCTs baseados em pesquisas operacionais a partir do momento que a estratégia Stop TB promove a consolidação da implementação da estratégia DOTS e busca pela incorporação de novas abordagens para promover o controle da TB, revelando então a importância de desenhar e conduzir estudos operacionais localmente relevantes que contribuam

com o aprimoramento das ações ofertadas por meio da articulação entre serviços de saúde e a academia (STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

Além da incorporação dos seus 6 componentes, outro aprimoramento presente no documento foi a mensuração do progresso global e do impacto da estratégia Stop TB, com a proposta de mensurar periodicamente o progresso das ações realizadas e prover informações que permitissem identificar as potencialidades e as barreiras enfrentadas para o controle da TB em escala global (STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

Os indicadores contemplados na estratégia Stop TB eram: reduzir pela metade a incidência da TB até o ano de 2015 (frente aos números registrados em 1990); Reduzir pela metade a taxa de mortalidade da TB, com queda para metade, também frente aos números registrados em 1990; Taxa de detecção de casos, que deverá ser de 70%; Taxa de sucesso no tratamento, que deverá ser de 85% dos casos com baciloscopia positiva registrados. Cabe destacar que as informações a serem utilizadas para compor os indicadores contemplados pela estratégia eram provenientes, especialmente, de sistemas de informação em saúde que, segundo a literatura especializada, nem sempre são alimentados adequadamente e utilizados com todo o potencial, situação que pode representar uma fragilidade no processo de monitoramento proposto (DA SILVA; LAPREGA, 2005; LAGUARDIA et al., 2004; STOP TB PARTNERSHIP, 2006).

A terceira e última etapa da estratégia Stop TB foi redigida com um tom voltado para a urgência do controle da doença e retomada da importância do alcance das metas propostas. Apresenta como aspecto inovador a inclusão de um quinto objetivo, que contempla a proteção e promoção dos direitos humanos nas ações voltadas à prevenção, cuidado e controle da TB. Em relação aos pontos mantidos, as metas e os componentes do ano anterior são os mesmos, apenas com maior destaque para o financiamento necessário para o alcance dos tópicos previamente propostos (STOP TB PARTNERSHIP, 2011).

Esta publicação destaca o alcance e o avanço de algumas metas propostas no ano de 2010, que incluiu a detecção de casos entre 60 a 67%, taxa de sucesso de tratamento para TB em casos com baciloscopia positiva para 86%, aumento no percentual de pacientes com TB testados para o HIV, 75% de cobertura de pacientes HIV positivos em terapia preventiva. Além desses aspectos epidemiológicos, foi apresentado um avanço em relação ao financiamento das ações

de controle da TB: dos 21 bilhões de dólares requeridos fora da Europa entre 2006 e 2011, 14 bilhões foram arrecadados. No cenário europeu, por sua vez, 1,5 bilhão a mais do que o total estimado foi arrecadado, o que certamente contribuiu para os avanços registrados no controle da TB em nível mundial (STOP TB PARTNERSHIP, 2011).

Frente ao plano anterior, a estratégia Stop TB 2011-2015 avançou em relação ao detalhamento sobre a retaguarda laboratorial, incluída enquanto um dos mais importantes componentes do tópico relacionado à implementação; Pesquisa básica e operacional, com uma perspectiva de fortalecimento destas para embasar as ações a serem propostas; Apresentação de um arcabouço estratégico escrito de forma mais acessível e consistente; Projeções epidemiológicas e financeiras, com o intuito que estas se constituam enquanto um parâmetro de análise nos diferentes cenários; Metas para a implementação das ações, e também para a Pesquisa e Desenvolvimento (STOP TB PARTNERSHIP, 2011).

O tópico mais abordado neste plano, o financiamento, foi previsto em 32 bilhões de dólares. Caso essa meta de arrecadação fosse alcançada, a expectativa era de que o DOTS fosse disponibilizado para 32 milhões de pessoas, sendo 28 milhões delas tratadas com sucesso; 7 milhões de pessoas sejam testadas para a TB multidroga-resistente, com 1 milhão de casos diagnosticados e tratados conforme os protocolos internacionais; Testar 30 milhões de pacientes com TB para o HIV, ofertando tratamento adequado, e também pesquisando a TB entre os 71 milhões de pessoas que vivem com HIV/aids (STOP TB PARTNERSHIP, 2011).

Como desafios, tem-se o fato de que 3,3 milhões de pessoas podem estar “perdidas” nos sistemas de saúde, o que significa que estes não estão diagnosticados, bem tratados e tão pouco registrados pelos PCTs, o que traz à tona a necessidade de se empreender mais esforços para preencher esta lacuna, evidenciando assim a importância de um sistema com alcance universal e acessível àqueles que precisam de assistência qualificada e resolutiva (STOP TB PARTNERSHIP, 2015a).

Apesar desses desafios, grandes avanços também foram registrados no decorrer dos anos de estratégia DOTS e de estratégia Stop TB: o número de pessoas que adoecem por TB tem declinado 1,5% ao ano e a taxa de mortalidade pela doença declinou 47% entre 1990 e 2014, salvando assim 43 milhões. A meta do ODM de reverter a incidência da TB foi alcançada por 16 dos 22 países

responsáveis por 80% dos casos de TB, o que permite inferir que as estratégias propostas auxiliaram na melhoria da situação da doença em nível mundial, associando a elevação do número de casos à melhoria dos sistemas de informação em saúde e, conseqüentemente, dos registros da doença (STOP TB PARTNERSHIP, 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Com esses avanços registrados e associando o fato de que todos os casos podem ser curados, a TB continua sendo uma ameaça mundial. Tendo em vista essa situação, no ano de 2015 é lançada a estratégia Fim da Tuberculose (*End TB strategy*), que tem como meta diminuir, em 2035, o número de mortes por TB em 95% frente aos registros atuais, além de reduzir em 90% a incidência da doença no mesmo período. Como objetivo final, espera-se eliminar a TB em âmbito mundial em 2050. Essa estratégia é norteada por três grandes pilares, que inclui o cuidado e as ações de prevenção da doença centrados no usuário; o fortalecimento das políticas e dos sistemas de suporte; a intensificação da pesquisa e inovações relacionadas à área (STOP TB PARTNERSHIP, 2015b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015c).

Com o intuito de alcançar as metas propostas, a política sugere o seguimento dos princípios-chave e a implantação das intervenções baseadas nos três pilares já expostos. Os princípios-chave da estratégia Fim da Tuberculose são: comprometimento governamental com monitoramento e avaliação das ações; construção de uma coalisão junto à sociedade e comunidades; proteção e promoção dos direitos humanos, ética e equidade; adaptação da estratégias e metas em nível local, com colaboração global. Destaca-se aqui o primeiro e o quarto princípio chave, que coadunam com a proposta do presente estudo, de fornecer um instrumento capaz de avaliar a incorporação de estratégias propostas pelo nível central no nível local (STOP TB PARTNERSHIP, 2015b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015c).

Por fim, cabe aqui destacar que o presente estudo foi concebido e realizado no período em que a terceira etapa da estratégia *Stop TB* estava em voga, o que justifica a preferência em aprofundar os aspectos históricos e políticos voltados às ações de controle da TB desde seu início, na década de 1990, até 2015, último ano contemplado pela terceira etapa da estratégia Stop TB. A estratégia Fim da Tuberculose, aqui brevemente exposta, estará em voga a partir do ano de 2016 e, indubitavelmente, deverá ser alvo de diferentes estratégias, incluindo adaptações,

para ser incorporada no cenário brasileiro. Aspectos relacionados à transferência de políticas em saúde para diferentes contextos serão abordados adiante.

2.2 Tuberculose: aspectos políticos e ações de controle no contexto brasileiro

Sendo as ações de controle da TB responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe apresentar brevemente o arcabouço normativo-legal no qual se embasa a atenção à saúde em território nacional. O sistema em voga teve como disparadores o movimento de reforma sanitária e o intenso envolvimento e participação de militantes de diversas áreas (academia, serviços de saúde e sociedade civil e organizada) na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) no ano de 1988, a qual trouxe a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, bem como a regionalização e hierarquização da assistência e atribuições voltadas, por exemplo, à formação de recursos humanos, controle e fiscalização de ações voltadas para essa área, tais como a vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1988).

Tendo a CRFB como base, nos anos subsequentes (1989 e 1990), foi elaborada a Lei número 8.080, de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a Lei número 8.142, de dezembro de 1990, complementar à primeira e voltada à participação da comunidade na gestão do SUS e transferência de recursos financeiros. A CRFB e as duas leis, dessa forma, se constituem como as bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais do SUS. Em 1991 e 1992, ainda com um caráter centralizador, que era conferido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foram redigidas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que traziam, respectivamente: a gestão estadual como incipiente e um início da municipalização, com a transferência das Unidades Básicas Estaduais e federais para os municípios, bem como a normatização da assistência no SUS, o estímulo à implantação, desenvolvimento e funcionamento do sistema e o

fornecimento de instrumentos operacionais que auxiliem na efetivação dos preceitos constitucionais da saúde (BRASIL, 1991; BRASIL, 1992; BRASIL, 2011b).

O ano de 1993 contou com uma evolução: a extinção do INAMPS, que trouxe à tona o protagonismo do Ministério da Saúde (MS), na formulação da NOB 1993, a qual institucionalizou as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, criando assim um sistema decisório compartilhado entre as diferentes instâncias federativas que se tornou ainda mais importante a partir dos avanços na municipalização da gestão, na transferência de recursos fundo a fundo para municípios em gestão semiplena e no início da definição dos Estados enquanto gestores do sistema de saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 2011b).

A quarta e última NOB, a de 1996, se constituiu como um dos principais instrumentos estruturantes do SUS: consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na gestão da saúde, instituindo a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da Atenção Básica, redefinindo as responsabilidades da União e dos Estados. Nesse mesmo ano, foi lançado o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose, o qual foi implantado especialmente nos locais com maior carga da doença, os chamados municípios prioritários, e se embasava nas diretrizes relacionadas à Estratégia DOTS, lançada pela OMS, dois anos antes. O lançamento e incorporação desse plano representou o primeiro esforço nacional para combater a doença (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1996b; BRASIL, 2011b).

Após ajustes e ampliação do alcance do Plano Emergencial de Controle da Tuberculose para além dos municípios, tidos como prioritários, em 1998 foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual conta com as seguintes diretrizes gerais: 1. A aquisição e o abastecimento de medicamentos; 2. A referência laboratorial e para o tratamento dos casos diagnosticados; 3. A coordenação dos Sistemas de Informação em Saúde; 4. O apoio aos Estados e Municípios; 5. A articulação intersetorial, com o intuito de maximizar os resultados das políticas públicas de controle da doença. Além desses aspectos de cunho operacional, o PNCT contribuiu ao apontar a Estratégia DOTS como uma alternativa para promover o controle da TB no cenário brasileiro (BRASIL, 1998; RUFFINO-NETTO, 2002).

Três anos depois, em 2001, foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de

Investimentos e introduziu a ideia de redes de assistência à saúde, por meio da ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de descentralização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e precedendo os critérios para a habilitação de Estados e Municípios. Esta passou por ajustes e, no ano de 2002, foi atualizada com base em discussões da Comissão Intergestora Tripartite, realizada em 2001. A NOAS 01/2002 teve como objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, por meio da regionalização e organização da assistência, do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e, por fim, na revisão de critérios de habilitação de municípios e Estados (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011b).

É com a NOAS 01/2001 que as ações de controle da TB são explicitadas, enquanto componentes da área de atuação estratégica mínima para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica/Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Esse documento traz como responsabilidade a busca ativa de casos, o diagnóstico clínico, o acesso a exames para diagnóstico e controle tanto laboratorial quanto radiológico, o cadastro dos portadores da doença, o tratamento de casos (supervisionado para baciloscopia positiva e auto-administrado para baciloscopia negativa), bem como as medidas preventivas, que abarcam a vacinação com BCG, a pesquisa de comunicantes, a quimioprofilaxia e a realização de ações educativas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011b).

Cabe destacar que, apesar do aparato normativo-legal do SUS, trazer a questão da municipalização e descentralização de ações para a Atenção Básica, esse processo não ocorreu uniformemente no território nacional: há municípios que realizam ações descentralizadas, nos serviços que compõem a Atenção Básica, e outros que realizam as ações de controle da TB em nível ambulatorial especializado. Essas diferenças regionais trazem uma variedade conformações na estrutura voltada à assistência aos doentes de TB que, conseqüentemente, passam a necessitar de diferentes ajustes para suprir suas necessidades e ofertar uma assistência resolutiva e de qualidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011b).

No ano de 2006, foi lançado o Pacto pela Vida, de Defesa do SUS e de Gestão pela portaria nº 399, que veio a trazer significativas mudanças para o sistema, incluindo a substituição do processo de habilitação pelo de adesão solidária

aos Termos de Compromisso de Gestão, a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização, a integração das várias formas de repasse dos recursos federais, além da unificação dos vários pactos hoje existentes. Nesse contexto, o Pacto pela Vida foi constituído por seis grandes áreas prioritárias, que inclui o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em cinco patologias, estando entre elas a TB, para a qual se tinha como meta atingir pelo menos 85% de cura de casos novos bacilíferos da doença diagnosticados a cada ano (BRASIL, 2006).

Ainda por meio da portaria nº 2.699, de 2009, foi registrado o acréscimo de outras patologias infecciosas expressivas no cenário brasileiro, sendo que a TB foi mantida no rol de doenças emergentes e endêmicas cujo controle é prioritário, e foi fortalecida a proposta de ampliação da cura dos casos novos da doença na forma pulmonar, cujo monitoramento do alcance da meta proposta se daria por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ressalta-se que o Brasil é o único representante dentre os 22 países que concentram 80% dos casos da doença localizado no continente americano. O país notificou, em 2014, 81.512 casos, registrou prevalência de 52 casos/100.000 habitantes e incidência de 44 casos/100.000 habitantes. Esses números são um avanço no controle da doença a partir do momento que demonstra uma queda frente aos números registrados nos anos anteriores, mas também mostram que ainda são necessários ajustes para que o país saia desse grupo (BRASIL, 2009a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015d).

Ao trazer que as ações de controle da TB devem ser incorporadas e realizadas pelos serviços que compõem os sistemas municipais de saúde, se compreende que as diferentes práticas podem ser executadas em serviços da Atenção Básica e especializada (Estratégia de Saúde da Família – ESF, Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Referência – UR, por exemplo), sendo os municípios responsáveis por organizar a rede de atenção ao doente de TB e seus comunicantes segundo as necessidades identificadas (RUFFINO-NETTO, 2002; VILLA et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Nesse sentido, a qualidade da gestão em saúde é um elemento imprescindível, uma vez que a inclusão da estratégia DOTS e de sua sucessora, a STOP TB, nos serviços de saúde deve acompanhar além das especificidades locais, as adaptações e reformas contínuas provenientes do setor saúde

(RUFFINO-NETTO, 2002; VILLA et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

As ações de controle da TB e a complexidade de aspectos a serem considerados em sua execução requerem o envolvimento dos profissionais que atuam nos serviços que compõem os diferentes níveis do sistema de saúde, o que vai desde o nível central (a gestão) até a assistência direta, que executa o cuidado diariamente. O coordenador/responsável pelo PCT municipal realiza diversas ações, que incluem o levantamento dos locais onde o tratamento é conduzido (por meio de consultas mensais) e também as unidades de saúde que realizam a supervisão do TDO que, de acordo com as especificidades locais, pode ocorrer de modos distintos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Dessa forma, é imprescindível que haja uma comunicação fluida entre a gestão local e os profissionais que compõem as equipes responsáveis pelo controle da TB, de modo que as ações possam ser realizadas em consonância com a política proposta pela OMS e assumida pelo Ministério da Saúde brasileiro. Essa comunicação pode se dar por meio de diferentes estratégias, incluindo documentos oficiais, protocolos, reuniões, e atividades educativas que promovam a sensibilização dos responsáveis pela atenção aos acometidos pela TB (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Ao executar especificamente o TDO, os profissionais de saúde se aproximam do contexto social dos indivíduos e, concomitantemente, minimizam os efeitos do estigma a partir do momento em que identificam grupos de risco para a não adesão ao tratamento por meio de um método de baixo custo e que tem como consequência o estabelecimento de vínculo entre o serviço de saúde, o doente, sua família e sua rede de suporte social, o que torna o TDO uma oportunidade ímpar para o profissional de saúde empoderar o doente de TB em relação ao tratamento, fazendo uso de linguagem adequada e compreensível, promovendo uma ação de educação em saúde individualizada e, portanto, focada nas reais necessidades da pessoa acometida pela TB (BRASIL, 2011b; RUFFINO-NETTO, 2001).

Merece destaque o fato de que a inserção do TDO em diferentes contextos envolve a transferência das políticas de controle da TB preconizadas em nível mundial e também as recomendações de implementação deste conjunto de ações (levando em conta o TDO como um componente da estratégia DOTS e da STOP TB) de uma realidade para outra (DOLOWITZ; MARSH, 1996; DOLOWITZ, 2003; EVANS, 2006).

A Transferência de Políticas (TP), tradução do termo *Policy Transfer*, consiste em um processo no qual o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas de distribuição em um determinado setor ou nível de governança é utilizado para o desenvolvimento de instituições, políticas ou sistemas em outro setor ou outro nível de governança. Dessa forma, o modo como as estratégias de controle da TB e seus componentes são apresentados aos gestores e profissionais de saúde podem influenciar no resultado desse processo de transferência, resultando tanto na sua incorporação quanto na sua rejeição. Embora estudos realizados anteriormente tenham buscado analisar o sucesso do TDO já implementado nos serviços de saúde, até o momento não foram encontrados estudos e instrumentos validados que avaliem o TDO em função da transferência deste componente da política de controle da TB aos profissionais de saúde, especialmente por meio de um instrumento devidamente construído e validado para tal (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011; GONZALES et al., 2008b; MKOPI et al., 2012; WEI et al., 2008; SÁ et al., 2011; VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

2.3 Avaliação em saúde: intersecções com a análise da transferência do Tratamento Diretamente Observado

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o mundo, ocorre cotidianamente e é inerente ao próprio processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAULT, 1997). De forma mais ampla, o ato de avaliar tem como significado “calcular ou determinar o valor, o preço ou o merecimento de”, “reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de”, “apreciar” ou, ainda “computar, orçar” (MICHAELIS, 2015).

Tomando como foco o surgimento da avaliação de serviços públicos, pode-se identificar que esta modalidade surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial. Nesse contexto o Estado, que passava a substituir o mercado, deveria encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse o mais eficaz possível. A partir de então, começaram a ser desenvolvidos métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos. Inicialmente planejada por economistas, essa abordagem tornou-se insuficiente, em especial quando aplicadas no contexto da avaliação social

e da educação, que são influenciadas por inúmeros aspectos que dificilmente são controlados. Essa fragilidade então identificada levou a avaliação a ser “profissionalizada” por meio da perspectiva interdisciplinar e do fortalecimento dos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAULT, 1997).

A avaliação evoluiu com o passar dos anos, com contribuições provenientes do desenvolvimento de conceitos e também por meio do acúmulo de conhecimentos, que acabam trazendo à tona diferentes perspectivas e métodos para a realização desse tipo de estudo. Guba e Lincoln (1989) identificaram quatro estágios na história da avaliação:

- **Estágio 1 (1900 - 1930):** teve como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção;
- **Estágio 2 (1930 - 1960):** centrou-se na descrição da intervenção, e marcou o surgimento da avaliação de programas;
- **Estágio 3 (1967 - 1980):** apoiou-se no julgamento de mérito e no valor de uma intervenção para nortear a tomada de decisões;
- **Estágio 4 (1980 - dias atuais):** voltou-se à negociação entre os atores interessados e envolvidos com o processo de avaliação.

Apesar da conformação em gerações do processo de evolução da avaliação, cabe lembrar que uma geração não é suprimida em favor da outra: as abordagens e os modos de avaliar presentes em cada geração convivem e se complementam em diferentes estudos realizados atualmente. Isso significa que, muitas vezes, convivem em uma mesma proposta de avaliação a perspectiva que compreende a negociação entre os atores interessados e envolvidos com as visões da avaliação que têm como ênfase o julgamento de mérito, a descrição da intervenção ou mesmo a mensuração dos efeitos, num arranjo de estratégias que compõem a abordagem avaliativa, mediante o esforço de responder a uma ou mais perguntas (CRUZ, 2011).

Ao abordar a definição do termo avaliação, início dos anos 1990, Scriven (1991) a definiu como sendo a determinação de mérito e pertinência de uma política ou programa. Com o passar dos anos, essa definição foi alvo de críticas, reforços ou ampliações, o que depende dos diferentes usos da avaliação, da ancoragem das

concepções, das questões epistêmicas e também do alinhamento metodológico (SANTOS; CRUZ, 2014).

Champagne et al. (2011) propõem uma definição de avaliação, embasada em elementos atualmente considerados como consensuais:

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

Para além das gerações e definições que se entrelaçam no decorrer do desenvolvimento da avaliação enquanto campo de conhecimento e base para a avaliação de programas e serviços, cabe refletir sobre a abordagem avaliativa em si, que pode ser classificada como avaliação normativa e pesquisa avaliativa (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A apreciação normativa baseia-se na comparação de todos os componentes de um programa no que diz respeito aos critérios e normas. Consiste, então, em emitir um julgamento sobre um programa comparando os aspectos como estrutura, processo e resultado com critérios e normas, ou seja, busca medir o grau de conformidade dos componentes de um programa em relação a um ou a diversos referenciais de critérios e normas (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A pesquisa avaliativa, por sua vez, busca analisar por meio de métodos científicos válidos e reconhecidos o grau de “adequação” entre os diferentes componentes de um programa, buscando analisar a lógica, pertinência, produtividade, efeitos e eficiência de um programa, além das relações entre intervenção e o contexto em que se desenrola, podendo avaliar sua efetividade em relação a um problema de saúde e os objetivos/atividades de uma intervenção; ou ainda a adequação entre os recursos investidos e o efeito de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a).

A avaliação normativa possui formato único, ao passo que a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise, que recorrem a diferentes métodos de pesquisa: análise estratégica, análise lógica; análise da produção; análise dos efeitos; análise da eficiência; e, por fim, a análise da implantação. A

presente proposta tomará como eixo norteador a análise da implantação, o que corresponde à adequada operacionalização de um programa ou intervenção. Esse modelo busca observar as interações entre as intervenções (programas) e o contexto de sua implantação na produção dos efeitos, apreciando o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças. Dessa forma, a mesma busca delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção. Destaca-se aqui que implantação consiste na implementação concreta de uma intervenção em um contexto que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (CHAMPAGNE et al., 2011a; HARTZ; SILVA, 2005; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Denis e Champagne (1997) trazem que a avaliação de implementação possuem como componentes a descrição do grau de implementação observado; a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação observado; e a influência da variação da implantação sobre os efeitos finalísticos observados. Resumidamente, esse tipo de análise investiga as relações entre a implantação, os efeitos e os contextos nos quais ocorre uma determinada intervenção. Essa forma de avaliação permite, então, estudar os processos relacionados à operacionalização de um programa, identificando as potencialidades e as barreiras que podem influenciar os efeitos produzidos, incluindo as relações entre os processos e os meios necessários para que eles ocorram (CHAMPAGNE et al., 2011b; SANTOS; CRUZ, 2014; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A avaliação da implementação ou implantação tem como foco a relação entre a intervenção (programas, políticas, serviços e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que é especialmente importante ao estudar intervenções complexas, tomada no presente momento como o TDO enquanto componente da política de controle da TB em voga. Ressalta-se ainda que essa forma de avaliação analisa os diferentes fatores envolvidos no processo de implantação e oferece subsídios para possíveis ajustes que possam contribuir com o sucesso de um programa, se constituindo enquanto um importante instrumento de apoio para a tomada de decisão sobre como melhorar um programa, reajustá-lo ou buscar novas alternativas para a resolução de problemas (CHAMPAGNE et al., 2011b; HARTZ; VIEIRA, 2005; SANTOS; CRUZ, 2014).

Paim (2005) traz que inúmeras iniciativas voltadas à avaliação em saúde no cenário brasileiro têm sido desenvolvidas no decorrer das últimas três décadas.

Inicialmente, as mesmas eram mais restritas ao contexto acadêmico e buscavam avaliar serviços ou estabelecimentos de saúde. Mais adiante, as políticas racionalizadoras traziam uma maior importância para o planejamento em saúde e, conseqüentemente, à avaliação. O intuito da utilização desses instrumentos e perspectivas avaliativas era o de imprimir maior racionalidade às intervenções em saúde, oferecendo suporte à tomada de decisão. Em 1980, a avaliação passou por um processo de valorização por meio da programação e orçamentação integrada, bem como pelos planos estaduais e municipais. Nos anos 90, por sua vez, apesar de ter ocorrido um retardo na consolidação da avaliação em saúde no SUS, especialmente por meio da onda neoliberal, estudos na área da planificação e gestão em saúde apontavam para o crescimento de investigações voltadas à área.

Na primeira década do século atual, o próprio Ministério da Saúde tem encomendado um conjunto de estudos na área, não só por exigência de financiadores externos, mas também devido a uma crescente consciência a respeito deste tópico entre técnicos e dirigentes. Dentro desse cenário, tem-se como exemplo a validação e adaptação cultural do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual foi disponibilizado em publicação do Ministério da Saúde no ano de 2010 e, mais recentemente, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e o Programa Nacional de Avaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que também são iniciativas governamentais. Apesar de suas possíveis fragilidades metodológicas, que vão desde as fontes para obtenção de informação (Sistemas de Informação em Saúde, por exemplo) até o viés relacionado ao treinamento dos entrevistadores, todos esses programas representam esforços para aprimorar a avaliação no cenário brasileiro (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; PAIM, 2005).

2.4 Transferência de Políticas: uma perspectiva inovadora para a pesquisa em saúde pública

A TP é um modelo desenvolvido originalmente por cientistas políticos. Essencialmente, sua definição se refere à transferência de uma determinada política ou programa entre diferentes locais/contextos, permitindo assim identificar e

compreender os fatores que contribuem para a TP bem sucedida, e também como evitar que a transferência de uma determinada política, prática ou tecnologia ocorra de forma inapropriada. Assim, as informações obtidas por meio desse tipo de estudo se apresentam como importantes ferramentas para o planejamento das ações políticas em diferentes setores. Esse enfoque permite ainda examinar as origens de um “novo” conhecimento sobre políticas, os aspectos que fomentam esse conhecimento e também os propósitos práticos e políticos no qual esse conhecimento é colocado, o que conseqüentemente permite compreender melhor a natureza do desenvolvimento político em qualquer nível e estágio (DOLOWITZ; MARSH, 1996; EVANS, 2004; HULME, 2005; LIGHTFOOT, 2003).

Para introduzir esse referencial de estudo para a pesquisa em saúde pública, trar-se-á breves definições relacionadas à política e também à transferência. Política, para Bissell; Lee; Freeman (2011) tem uma definição ampla e que pode não ser necessariamente relacionada a uma política, mas sim a um item individual, ou um programa, plano, estratégia, instrumento, arranjos organizacionais ou administrativos, modelos de trabalho, procedimentos, normas ou princípios, visto que estes são parte de como um governo, instituição ou outra organização procura executar suas ações e alcançar metas. A transferência, por sua vez, é resultado de um movimento significativo de algo relacionado à política de um lugar a outro, devendo ter uma dimensão espacial, e não somente temporal, além de relacionar a uma mudança política intencional ou uma ação orientada (EVANS, 2004; EVANS; DAVIES, 1999; ROSE, 1993; ROSE, 2004).

O estudo da TP começou, gradualmente, no início da década de 1940. Ganhou força nos Estados Unidos da América na década de 1960, momento no qual o foco dos estudos era voltado para a difusão de políticas entre estados americanos. Na década de 1990, por sua vez, o estudo da TP entre nações começou a receber mais atenção e a ser estudada, a princípio, especialmente pelos cientistas políticos europeus, evolução que foi impulsionada especialmente pelo crescimento de ações relacionadas à TP na era da globalização. A realização desses estudos, à época, era geralmente concentrada nos Estados Unidos da América, no Reino Unido e também em outras nações vinculadas à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), situação que anos depois veio a comprometer a realização de estudos voltados a essa temática em países menos desenvolvidos e em desenvolvimento, o que se torna evidente devido à rara utilização deste

referencial em estudos que possuem como cenário países com essa característica (DOLOWITZ; MARSH, 1998; DOLOWITZ; GREENWOLD; MARSH, 1999; EVANS; DAVIES, 1999; LIGHTFOOT, 2003; NEDLEY, 2000; OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Autores como Evans (2010), Bissell; Lee; Freeman (2011) e Lightfoot (2003) adotaram a definição de TP proveniente de um trabalho realizado por Dolowitz; Marsh (1996) como base para seus estudos. Segundo esses autores, a TP consiste em:

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

Seguindo a proposta de Dolowitz e Marsh (1996), Evans (2004, p. 480) trouxe a TP 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”.

Conforme citado anteriormente, a TP é uma teoria que se volta à análise do desenvolvimento político, se diferenciando por buscar compreender como um processo ou conjunto de processos no qual diferentes tipos de conhecimentos (relacionados às instituições, programas, políticas ou sistemas) provenientes de um setor ou nível de governança são utilizados no desenvolvimento de instituições, programas, políticas ou sistemas em outro setor ou nível de governança. Tomar como uma perspectiva analítica a TP remete à interdisciplinaridade da pesquisa, utilizando conceitos relacionados ao campo da ciência política e também aqueles voltados, no presente caso, à área da saúde. Torna-se necessário, dessa forma, compreender os mecanismos políticos e históricos que permeiam a formulação, a difusão e a incorporação das políticas de saúde, processo que se inicia nas instâncias centrais (como a ONU e OMS, por exemplo) e passa por um processo de capilarização ao adentrar nas instâncias centrais de diferentes países e das

diferentes esferas dos sistemas de saúde que os constituem (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011; EVANS, 2004; EVANS, 2010; FREEMAN, 2002).

A TP tem como foco cinco objetos: políticas; instituições; ideologias e/ou justificativas; atitudes e experiências negativas. Este processo deve ser embasado em uma intencionalidade dos agentes responsáveis pela transferência, algo essencial para esse processo. A intencionalidade para a TP pode partir tanto do Estado/Instituição/Ator de origem, quanto do Estado/Instituição/Ator que a está recebendo, quanto de ambos. Dessa forma, um dos critérios para se analisar a TP consiste na identificação dos agentes envolvidos na transferência, compreendendo assim o que é planejado pelos mesmos e qual é a natureza do que se deseja fazer (DOLOWITZ; MARSH, 1998; EVANS; DAVIES, 1999).

A TP consiste, dessa forma, em um modelo de mudança política, que podem ocorrer em cinco níveis distintos: transnacional, internacional, nacional, regional e local. Para ser operacionalizada, a transferência dessas políticas conta com o envolvimento de diferentes sujeitos e/ou grupos capazes de se envolver nas várias etapas desse processo, resultando na participação de governantes, administradores e profissionais, por exemplo, os chamados agentes “oficiais” da transferência. Os sujeitos que fazem parte desse processo de transferência se constituem como ferramentas importantes para o desenvolvimento e a avaliação da transferência de uma dada política, sobretudo durante o estágio de implementação desta junto aos serviços de saúde (DOLOWITZ; MARSH, 1998; EVANS; DAVIES, 1999; TURGEON et al., 2008).

Esse processo de transferência pode ocorrer entre países, Estados, regiões, cidades e/ou distritos, e de modos distintos: a política/programa pode ser transferida *integralmente*, a partir do momento que envolve a transferências de ideias e princípios gerais de programas de políticas que são incorporados integralmente, da mesma forma como no outro contexto; *emulação*, quando envolve a transferência de ideias e princípios gerais de programas de políticas, ou seja, a política não é transferida como um todo, integralmente; *combinação de diferentes ideias* ou *mixtures*, que originam diferentes políticas por combinar duas ou mais experiências para serem desenvolvidas em um determinado âmbito/local; e *inspiração* que, segundo a perspectiva dos estudiosos da área da TP, promove um movimento para a construção de novos pensamentos e procedimentos, onde as ideias e as orientações gerais inspiram a mudança de política de outro contexto, sem a

necessidade de haver grandes semelhanças entre a política resultante e a política original (DOLOWITZ; MARSH, 1996; DOLOWITZ; MARSH, 1998).

Para além do sucesso da transferência de uma política, essa pode não ser incorporada em um determinado contexto devido a inúmeros aspectos, que pode incluir os arranjos organizacionais (impossibilidade de oferecer suporte suficiente às ações vinculadas à política), às motivações governamentais (as quais podem não ter determinado agravo ou situação enquanto prioridade), além de dificuldades no processo de transferência das informações relacionadas a essa política, o que se daria devido a uma falha no processo de comunicação entre os diferentes sujeitos que compõem os órgãos internacionais e nacionais que lidam com diferentes tipos de políticas, incluindo aquelas voltadas à área da saúde. A difusão de uma inovação tem como desfecho a incorporação ou a rejeição de uma determinada política ou tecnologia em um local. Cabe ressaltar que as difusões bem sucedidas podem ser investigadas mais facilmente do que aquelas que não tiveram esse desfecho, visto que estas não ofertam informações que possam ser facilmente acessadas e estudadas. Esse consiste ainda em um aspecto pouco explorado e que precisa ser aprofundado, pelo fato do insucesso também se apresentar como um resultado desse processo. Sendo assim, compreender de modo mais amplo possível o porquê ocorreu uma rejeição também pode oferecer importantes contribuições para esse campo de conhecimento, em especial quando se tem em vista promover experiências exitosas (EVANS, 2010; HOFFMANN, 2011; ROGERS; SHOEMAKER, 1971).

Diferentes estudos internacionais se voltam à análise da TP que tem como objeto um amplo rol de políticas e localidades. Trabalho de Dolowitz, Greenwold e Marsh (1999) é voltado à análise da TP entre países de língua inglesa (Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, com foco especial para os aspectos políticos em si (conformação de partidos, organização governamental, por exemplo); Dolowitz e Marsh (2000) seguem com estudos que relacionados à americanização do ensino superior britânico e também o uso de ideias americanas para a política britânica para a provisão de empregos; Lightfoot (2003) analisou a TP segundo ferramenta que contribui para o desenvolvimento do trabalho social e seu engajamento em políticas.

A análise da TP, dessa forma, visa compreender o modo como ocorre essa transferência de conhecimentos, políticas ou tecnologias pode ocorrer entre as

instituições, políticas ou sistemas de um setor ou nível de governança para outro nível de governança em um diferente país. Esta se relaciona à promoção do conhecimento em si e também do conhecimento no processo político. Estudiosos que se voltam para o referencial da TP estão interessados em compreender: o processo de pré-decisão e atores-chave que trabalham no “fazer política”, o gerenciamento da transferência desses programas, a implementação e as causas de uma falha nessas políticas, bem como os aspectos relacionados às mudanças políticas (EVANS, 2010).

Esse fenômeno pode ser estudado de diferentes maneiras, incluindo a descrição (como a TP é feita), o qual pode se dar por meio da pesquisa de abordagem qualitativa ou da quantitativa. Ambas as abordagens apresentam potencial para contribuir com a compreensão desse fenômeno, sendo que a qualitativa oferece uma compreensão com maior profundidade, e a abordagem quantitativa oferece uma perspectiva sistematizada a partir de aspectos que podem compor o processo de transferência (EVANS, 2010).

Segundo estudiosos da área, as abordagens são complementares e é necessário um esforço para a ampliação de estudos que o façam. A explanação (porque a TP ocorre), por sua vez, toma como elemento central o aprofundamento da análise desse processo por meio de um modelo multi-nível, que abarca as explicações globais, internacionais e transnacionais da política, explicações do nível macro, meso e micro, incluindo políticas mediadoras e o processo de aprendizagem orientado para a TP. Por fim, a prescrição (como a TP pode ser feita) recorre à obtenção de indícios que permitam disseminar de forma clara os aspectos aos quais se deve atentar para promover a transferência de uma determinada política de um contexto para outro, promovendo a articulação entre a teoria e a prática, trazendo a política a ser implantada do abstrato para o cotidiano (EVANS, 2010).

A TP se baseia em diferentes modelos, e pode ocorrer de forma voluntária, negociada ou coerciva. Essas variações devem ser cuidadosamente analisadas pelos tomadores de decisão, a fim de compreender os motivos que levam certos programas ou políticas a serem merecedores de maior atenção em relação a outros, condição essa que conforme citado anteriormente exerce certa influência no processo de transferência e adoção de uma determinada política (DOLOWITZ; MARSH, 1998; EVANS, 2004).

Voltando o foco da TP para a área da saúde, Freeman (1999) tece as primeiras aproximações entre a TP e esse campo de estudos. O mesmo destaca que, apesar do recente interesse na TP nas ciências políticas, não haviam estudos sistematizados voltados ao setor saúde. Desde então, temos presenciados evolução nessa abordagem no âmbito internacional: Holtgrave (2004) propõe um modelo analítico voltado para a análise quantitativa de políticas voltadas à transferência de tecnologias na prevenção do HIV; Hulme (2005) trilha um caminho relacionado à transferência de políticas sociais, incluindo educação e saúde; Schneider et al. (2006) procedem a uma revisão relacionada ao arranjos políticos pelo quais a África do Sul passou para a incorporação das estratégias de controle de doenças infecciosas, tanto para o HIV quanto para a TB; Bissell, Lee e Freeman (2011) discorrem sobre a transferência das políticas de controle da TB para o México e propõem um novo modelo analítico da TP, o qual contribui especialmente para a realização de estudos operacionais em saúde; No ano seguinte, Mulligan, Elliott e Schuster-Wallace (2012) procedem a uma análise crítica do discurso tanto dos *guidelines* da OMS quanto do discurso dos gestores voltados à operacionalização da política de controle da dengue na Malásia.

Bissell, Lee e Freeman (2011) contribuem para a compreensão da transferência da estratégia DOTS como ação preconizada para o controle da TB. Dizem que, na prática, a estratégia deve ser adotada e expandida em cada instituição de saúde em paralelo, e que as diferenças institucionais existentes são desafiadoras, visto que existem diferentes culturas organizacionais, diferentes perfis populacionais, recursos financeiros disponíveis, procedimentos administrativos e financeiros, sistemas de informação e indicadores para o sucesso, objetivos e visões corporativas distintas, bem como abordagens para a sensibilização da comunidade. Nessa perspectiva, a TP é intimamente relacionada à pesquisa operacional em saúde, e sua análise pode de fato ajudar a responder importantes questões, originando conceitos e ferramentas úteis para compreender as potencialidades e fragilidades relacionadas ao processo de transferência da estratégia DOTS e de um de seus componentes, o TDO da TB.

Freeman (2002) trouxe que a TP pode ocorrer de forma mecânica ou orgânica tendo como base, respectivamente, os conceitos da física e da biologia. A forma mecânica é relacionada à perspectiva adotada por estudiosos como Dolowitz e Marsh (1996), a qual considera que uma política existe em um determinado tempo e

espaço e é transportada/transferida para outro tempo e espaço. Nessa perspectiva, são consideradas as pressões que fazem com que essa transferência aconteça, ou seja, se tem como foco a participação e a influência dos diferentes sujeitos na transferência de ações e políticas. Esse conceito é reforçado no trabalho de Bissell, Lee e Freeman (2011), que o utiliza dessa forma e traz a TP como um processo que envolve a interação entre uma variedade de elementos, que vão desde os aspectos políticos e organizacionais, perpassando pela comunicação e envolvimento dos sujeitos-chave desse processo, que podem se apresentar enquanto formuladores de políticas, gestores de diferentes esferas ou profissionais de saúde, que incorporam e executam essa política nos serviços de saúde em que atuam.

O material produzido por Bissell, Lee e Freeman (2011) foi identificado e tomado enquanto base para a realização desse trabalho. Neste, foi incorporado o modelo relacionado à difusão de inovações proposto por Rogers (1995) que traz, dentre outros pontos, os atributos por meio dos quais uma inovação pode ser descrita, sendo a vantagem relativa, a compatibilidade, complexidade, testagem e visibilidade. Por meio desse conjunto de informações, foi proposto o modelo analítico apresentado pela **Figura 3**:

Figura 3 – Modelo para análise da transferência de políticas em saúde.

O modelo apresentado por Bissel, Lee e Freeman (2011) não é linear e representa um grande avanço na área pelo fato de descrever o processo por meio de diferentes estágios e atividades que o contempla, a saber:

- A política/ inovação adentra na situação política atual, e este momento pode ser influenciado pelas políticas passadas, políticas relacionadas, cultura de pesquisa e formulação de políticas;
- Conhecimento/aprendizado, atividade a qual inclui decisões sobre quais conhecimentos e tipos de aprendizado são necessários, como o conhecimento é adquirido, validado, compartilhado e como o conhecimento se constitui depois desse processo;
- Persuasão, momento no qual as organizações ou pessoas persuadem outras ou são persuadidas a adotar uma política ou promover um ambiente favorável à transferência de uma política;
- A tomada de decisão, momento no qual se opta pela incorporação ou não, e também se pensa sobre o como a política é formulada e como a implantação será planejada;
- Implementação, onde se inclui todas as atividades relacionadas a colocar em prática a política transferida, tendo como foco não apenas os aspectos técnicos, mas também a compreensão do processo de implementação e adaptação, os quais podem ser pensados como apropriação, re-invenção ou tradução;
- Manutenção/expansão: consiste na atividade de continuação da política implementada e em sua consequente expansão.

Para o presente estudo, optou-se por uma simplificação do modelo, no qual a TP seria dotada de três dimensões: “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”. A informação, de modo genérico, pode ser definida enquanto um conjunto de elementos que formam um todo ordenado e com princípios lógicos, sendo que esta e seu fluxo articulado devem ser visualizados como eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações em saúde (BARRETO, 2001; BENITO; LICHESKI, 2009). Decisões voltadas à utilização da informação podem influenciar as interações com o sistema político e cultural preexistentes, além de determinar o grau de facilidade de sua abordagem no processo de formulação de políticas, inclusive as

de saúde (DOLOWITZ, 2003). Para além da transmissão e consequente utilização da informação em políticas e sistemas de saúde, a qualidade e a natureza da informação também devem ser verificadas, visto que esses aspectos podem influenciar positiva ou negativamente na disseminação desta (TURGEON et al, 2008).

Segundo a perspectiva adotada por Barreto (2001), a informação é precursora de uma interação de conhecimento do indivíduo e realidade. Nesse caso, a informação é organizada segundo um fluxo interno, no qual a informação passa por um processo de seleção, armazenamento, classificação e assimilação, bem como enquanto um processo extremo, onde o receptor processa e significa a mensagem transmitida pelo interlocutor, transformando a informação recebida em conhecimento.

Ao articular a informação e o conhecimento, pode-se identificar que estes têm sido relacionados principalmente às Tecnologias de Informação e Comunicação, que transformaram a forma de produzir e distribuir bens materiais e imateriais, bem como das percepções de espaço e tempo. O conhecimento é socialmente moldado e tem não apenas uma dimensão meramente temporal ou histórica, mas também espacial e territorial, o que os constituem enquanto específicos e diferenciados. Em um mesmo contexto econômico e sociocultural, o conhecimento se diferencia segundo aspectos que vão desde áreas e comunidades de especialistas a segmentos e agentes econômicos, segmentos e grupos sociais, empresas e organizações, constelações regionais e redes sociais produtivas (ALBAGLI; MACIEL, 2003; ALBAGLI; MACIEL, 2004; FORAY, 2000).

O conhecimento tem sido abordado de uma forma importante, e que apresenta importante relação com o que se pretende abordar no presente trabalho. O conceito de Translação do Conhecimento (TC) é definido enquanto algo abrangente, que abrange todas as etapas entre a criação do conhecimento e sua aplicação para produzir resultados benéficos à sociedade, incluindo o real uso do conhecimento, e não a simples divulgação deste. Contribuição importante para a sedimentação deste conceito é apresentada pelo *Canadian Institute of Health Research* (CIHR), que define a translação do conhecimento enquanto um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimentos para melhorar a saúde, proporcionar a oferta de produtos e serviços de saúde mais efetivos e fortalecer os sistemas de saúde

(AZIMI; FATTAHI; ASADI-LARI, 2015; OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015; TETROE, 2007).

Albagli; Maciel (2004) trazem que tão importante quanto produzir novos conhecimentos é a capacidade de processar e recriar o conhecimento por meio do aprendizado e da capacidade de converter esse conhecimento em inovação. Inovação que, segundo Greenhalgh; Robert; Macfarlane; Bate; Kyruakidou (2004) consiste em um conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalho que se direcionam à busca pela melhoria dos resultados de saúde, a eficiência administrativa, a relação custo-efetividade, ou a experiência de usuários que acabam implementadas por meio de ações planejadas e coordenadas.

Peruhype (2015) define a utilização do conceito de inovação ora enquanto referência à otimização da prática proposta pelos profissionais de saúde no serviço e ora enquanto uma política inovadora a ser transferida de um contexto para outro (nesse caso o TDO enquanto componente da política de controle da TB), sendo de grande importância a elucidação dos fatores que podem influir diretamente na dimensão da disseminação e da adoção de uma inovação proposta.

No cerne da incorporação e prática do TDO pelos serviços de saúde, alguns sujeitos são indispensáveis. Estudos de Gonzales et al. (2008a); Queiroz e Bertolozzi (2010); Queiroz et al. (2012) reforçam a importância dos profissionais de saúde para a realização do TDO por diferentes motivos, que permeiam o estabelecimento de vínculo entre profissional – paciente, identificação de necessidades de cunho social, escuta qualificada e manejo de reações adversas. Alguns pontos devem ser alvo de atenção, o que inclui a capacitação e a supervisão permanente dos profissionais, bem como a articulação entre a gestão e os profissionais de saúde que atuam com o TDO como meio para motivá-los, revelando assim a complexidade das ações de controle da TB.

Tendo em vista os aspectos percorridos até o momento, é premente a necessidade de realizar estudos que busquem avaliar as potencialidades e as fragilidades da transferência do TDO enquanto política transferida dos níveis centrais de gestão para a prática cotidiana dos profissionais de saúde.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar um instrumento voltado à avaliação da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado enquanto componente da política de controle da tuberculose.

3.2 Objetivos Específicos

1. Elaborar um instrumento de coleta de dados que, avalie a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB para os serviços de saúde, segundo as dimensões informação, conhecimento e inovação;
2. Analisar semanticamente os itens que compõem o instrumento, considerando a coerência, a pertinência, a relevância e a compreensão de cada item;
3. Analisar a validade de conteúdo do instrumento ATP-IINFOC-TB;
4. Verificar a existência do efeito mínimo (*floor*) e efeito máximo (*ceiling*), de modo a analisar a responsividade do instrumento;
5. Avaliar a fidedignidade do instrumento em relação à consistência interna de seus itens, por meio da estatística Alfa de Cronbach;
6. Realizar a análise Multitraço-Multimétodo, para analisar a validade convergente e divergente segundo correlações lineares entre índices e dimensões;
7. Realizar a Análise Fatorial Confirmatória, de modo a verificar a validade de construto do instrumento por meio de modelo de equações estruturais.

Hipóteses do Estudo

4 HIPÓTESES DO ESTUDO

Tendo em vista os objetivos anteriormente apresentados, são hipóteses desse estudo:

1. As distribuições das frequências das respostas no instrumento como um todo e nas dimensões “Informação, Conhecimento e Inovação” do ATP-IINFOC-TB não apresentam efeito *floor and ceiling*;
2. O instrumento ATP-IINFOC-TB é fidedigno, medindo o construto “Transferência de Políticas” com precisão;
3. Existe validade de construto convergente no instrumento ATP-IINFOC-TB;
4. Existe validade de construto divergente no instrumento ATP-IINFOC-TB;
5. As dimensões “Informação, Conhecimento e Inovação” contribuem para avaliar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB.

Referencial Teórico-Methodológico

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

5.1 Validade de instrumentos de medida

Validação consiste em um processo no qual se coletam e avaliam as evidências da validade de um instrumento, o que pode ser feito a partir dos escores de um teste. Validar, dessa forma, vai além da demonstração de um valor proveniente de um determinado instrumento de medida: é um grande processo de investigação (RAYMUNDO, 2009; DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade, por sua vez, é uma propriedade psicométrica que busca evidenciar se o que está sendo medido é aquilo que o pesquisador pretende avaliar, ou seja, se o instrumento mede aquilo a que se propõe. Existem diversos modos de analisar a validade de um instrumento, sendo os mais utilizados aqueles provenientes de julgamento ou de modo empírico. Não existe apenas uma estratégia para sua confirmação, e a escolha do caminho a ser percorrido nesse processo de validação dependerá da finalidade do instrumento (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; MOTA; PIMENTA, 2007).

Cabe ressaltar que a validade de um teste começa no momento em que se pensa na construção do instrumento, subsistindo durante o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A interpretação da validade de um teste também exige os cálculos de diferentes coeficientes que, por sua vez, correspondem aos objetivos de um teste e serão expostos a seguir (RAYMUNDO, 2009).

Dessa forma, a validade se apresenta como uma importante propriedade dos instrumentos, sendo um fator crucial na escolha e/ou aplicação de uma medida ou de um instrumento de medida. Essa validade pode ser avaliada de diferentes formas: 1. Validade de face (percepção que as pessoas têm a respeito daquilo que está sendo medido); 2. Validade de construto ou de conceito (validade convergente e divergente); 3. Validade de conteúdo (voltada à adequação da cobertura da área de conteúdo que está sendo medida); e 4. Validade relacionada ao critério (validade concorrente e preditiva). Não consiste em uma tarefa simples, mas é necessária,

tendo em vista que a ausência de estudos que evidenciem a validade impede o reconhecimento científico do instrumento, ou seja, não originam dados confiáveis e que reflitam de fato uma dada realidade (CLARK-CARTER, 1997; PASQUALI, 1999; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; VITURI; MATSUDA, 2009; NORONHA et al., 2003).

Raymundo (2009), em trabalho que discorre sobre o processo de construção e validação de um instrumento voltado à avaliação do nível de consciência linguística, estipula um roteiro de procedimentos que consiste como eixo norteador para esse processo (**Quadro 1**):

Versão instrumento	Etapa	Em que consiste
Primeira versão (Coleta de Erros)	1) Geração de itens	Coleta de erros para a montagem do instrumento
	2) Análise de redundância agregada à composição	Agrupamento dos erros segundo a semelhança dos itens e a composição do instrumento
	3) Validação de conteúdo	Análise da representatividade dos itens por examinadores especialistas
Segunda versão (Instrumentos Iniciais)	4) Instrumentos Iniciais	Formatação e aplicação
	5) Validação de construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e mensuram a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento
	6) Validação de construto: retenção de um item no instrumento final	Verificação do grau de contribuição de cada item para a confecção da terceira versão do instrumento: itens com grau de dificuldade média e bom grau de discriminação poderão ser mantidos
Terceira versão (Instrumento Final)	7) Instrumento final	Composição do Instrumento Final e sua aplicação em amostra com o mesmo padrão da amostra usada para a confecção da segunda versão a fim de fazer ajustes finais
	8) Validação de construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e mensurar a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento
	9) Validação de critério	Verificação de uma possível correlação entre os escores do teste de consciência linguística e os escores de um teste de desempenho

Fonte: Raymundo, 2009

Quadro 1 – Procedimentos para construção e validação de instrumentos.

Apesar de não estar contemplada no referencial de Raymundo (2009), a validade de face ou aparente auxilia de modo importante o processo de validação. Esta se relaciona com o fato do instrumento parecer medir o construto apropriado, reportando à compreensão e aceitação dos itens pelos próprios pesquisadores e pelos sujeitos, referindo-se ao julgamento de quão relevante os itens da escala parecem ser (DA SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006). Para essa etapa, alguns questionamentos pertinentes seriam: o que os sujeitos pensam que a escala está medindo? Eles compreendem os itens? (CHWALOW, 1995). Cabe ressaltar que, apesar da utilidade desse tipo de validade, a validade relacionada ao conteúdo, critério e construto são as mais importantes no processo de investigação de um instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação de conteúdo representa um passo essencial no desenvolvimento de novos instrumentos de medida, tendo em vista que representa o início das operações de associação de conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Essa etapa tem como objetivo verificar se os itens elencados são a expressão observável do construto, sendo realizada por especialistas que julgam até que ponto o instrumento mede aquilo a que se propõe. Nessa etapa, os denominados “juízes” relacionam os diversos itens do instrumento, a fim de verificar o equilíbrio do teste, o universo dos conteúdos e os objetivos do processo instrucional (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008; RAYMUNDO, 2009).

Inserida no processo de validação de conteúdo, Pasquali (1998) traz a validação semântica, a qual objetiva verificar se os itens são compreensíveis para todos os sujeitos da população a qual o instrumento é destinado. Nessa análise, uma das preocupações consiste na verificação da inteligibilidade dos itens para o estrato mais baixo (de habilidade). Dessa forma, o entendimento de cada item não deve se apresentar como um fator complicador na resposta dos indivíduos. As sugestões provenientes dos sujeitos entrevistados para a realização de mudanças que sejam necessárias para maior compreensibilidade de cada item do instrumento deverão ser aceitas pelos autores do estudo. Isso evita que os itens sejam demasiadamente primitivos e promove uma melhor compreensão. Em relação à população alvo dessa etapa, a amostra deve ser contemplada tanto pelo estrato educacional mais baixo quanto por uma amostra com maior habilidade, de modo que seja evitada a deselegância na formulação dos itens. Em relação à análise desses

ajustes, os juízes devem ser peritos na área do construto e deve ocorrer uma concordância de ao menos 80% entre os juízes deve embasar a decisão sobre a pertinência do item ao traço a que ele se refere (CHWALOW, 1995; PASQUALI, 1999).

A validade de construto examina a ligação teórica dos itens com a escala hipotética, sendo a mais complexa e difícil de ser determinada. Se refere ao grau em que uma escala ou conjunto de subescalas mede a teoria ou hipótese sob investigação, ou seja, relaciona-se à habilidade do instrumento para confirmar as hipóteses esperadas. Na realidade, é um julgamento sobre a adequação das inferências delineadas dos valores da escala, considerando o posicionamento individual numa variável que mede o construto (DANTAS, 2007). Nesse momento, cabe definir que construto é uma ideia formada, uma ideia científica desenvolvida ou hipotetizada para descrever ou explicar um fenômeno. Nesse caso, o construto é a TP do TDO para os serviços de saúde que executam as ações de controle da TB.

Essa etapa confirma ou rejeita os pressupostos teóricos eleitos para a construção do instrumento (NORONHA et al., 2003). A validade de construto pode ser analisada segundo dois aspectos: 1) Validade de construto convergente; 2) Validade de construto divergente (FAYERS; MACHIN, 2007). A validade convergente busca verificar a existência de correlação positiva entre o construto mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais o construto deveria estar relacionado. A validade discriminante ou divergente, por sua vez, ocorre se a correlação entre o item e a dimensão à qual pertence é maior do que sua correlação com outras dimensões, às quais não pertence. Essa validade pode responder as seguintes questões: os itens da escala refletem a dimensão que se pretende testar, de acordo com as definições dos peritos? Há um julgamento teórico, por peritos, na estrutura da escala? (CHWALOW, 1995; CASTRO, 2007; FAYERS; MACHIN, 2007; PIMENTA, 2007).

A última etapa proposta por Raymundo (2009) consiste na validade de critério, a qual busca verificar se o instrumento pode identificar os que são efetivamente melhores em uma determinada atividade. Essa é também chamada de validade preditiva ou concorrente, e refere-se ao grau de correlação entre os escores de um teste e outras medidas de desempenho ou critério obtidas de forma independente ou simultânea ao teste. Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se em validade concorrente; quando o critério é

avaliado no futuro, fala-se em validade preditiva. Segundo a mesma autora, as validades de conteúdo, construto e critério são aplicáveis a todos os tipos de testes e independentes apenas no nível conceitual e, além disso, qualquer atividade científica deve ser embasada em instrumentos de medidas, elevando assim o seu rigor metodológico.

Ainda fomentando o conhecimento relacionado à validade de um instrumento, merece destaque outra propriedade básica: a fidedignidade. A fidedignidade de um instrumento se relaciona à capacidade de medir com precisão a consistência e a estabilidade ao longo do tempo do atributo que se deseja medir (PASQUALI, 1999; CLARK-CARTER, 1997). É relacionada ao grau com que o instrumento produz os mesmos resultados, quando aplicado em um mesmo sujeito em diferentes ocasiões ou em uma única ocasião por dois observadores distintos (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1984). Consiste, dessa forma, na qualidade dos escores de testes que sugere que estes são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para que, então, possam ser vistos como úteis (URBINA, 2007). Além dos termos fidedignidade e confiabilidade, os termos reprodutibilidade e precisão também são utilizados para esta propriedade (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1984).

A fidedignidade de um teste é afetada de diferentes maneiras por fatores relacionados tanto ao respondente quanto ao sujeito do estudo. Dentre os fatores relacionados ao instrumento que podem afetar a fidedignidade de um teste encontram-se: o número de itens (quanto maior o número de itens, maior a confiabilidade); grau de dificuldade dos itens (itens com grau médio de dificuldade são os que mais contribuem com a fidedignidade); homogeneidade do teste (quanto mais homogêneo o teste em sua composição, maior a fidedignidade) (URBINA, 2007; RAYMUNDO, 2009).

A fidedignidade do instrumento pode ser avaliada de diferentes formas: por meio da estabilidade interna, da consistência interna e da equivalência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), sendo o coeficiente alfa de correlação a estimativa mais utilizada, pois permite evidenciar se o teste como um todo mede o atributo proposto. A fidedignidade é normalmente estimada por meio do teste-reteste e da avaliação da consistência interna, sendo o segundo o método mais frequentemente utilizado (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1984). A consistência interna é viabilizada por meio de técnicas estatísticas que buscam verificar a homogeneidade da amostra de itens do teste, ou seja, sua consistência interna. As técnicas mais utilizadas são teste-

reteste, Kuder-Richardson para análise de variáveis dicotômicas e a estatística Alfa de Cronbach, que exigem a aplicação do teste em apenas uma ocasião, evitando assim a constância temporal (PASQUALI, 1999).

O coeficiente alfa de correlação é tomado como evidência de que o instrumento como um todo mede apenas um único fenômeno. Em casos nos quais os testes se destinam a mais de um atributo (subescalas ou domínios), o alfa deve ser determinado para cada um deles. A premissa básica para essa análise, portanto, é a de que os itens que compõem o instrumento estão positivamente relacionados entre si, uma vez que medem o mesmo atributo. O coeficiente de consistência interna, obtido ao se medir a correlação entre os itens, expressa a confiabilidade da medida (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1984; STREINER, 1995).

A estatística Alfa de Cronbach assume valores entre zero e um, trabalhando com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. Para verificar a consistência interna de um instrumento, o Alfa de Cronbach é uma das medidas estatísticas mais utilizadas. Coeficientes abaixo de 0,70 são considerados como aceitáveis para escalas psicométricas, embora seja recomendado que seu valor deva ser acima de 0,80 (bom) ou mesmo 0,90 (excelente) (FAYERS; MACHIN, 2007).

Cabe destacar que qualquer estratégia isolada é insuficiente para provar que um instrumento é válido e fidedigno (McDOWELL; NEWELL, 1996). Em sendo um processo, a avaliação das propriedades psicométricas ocorre a cada situação na qual o instrumento é aplicado e, gradativamente, ajustado (MOTA; PIMENTA, 2007). Dessa forma, compreender os procedimentos relacionados à análise das propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas é essencial para pesquisadores e profissionais da área da saúde preocupados em utilizar cada vez mais medidas, instrumentos confiáveis e apropriados para uma determinada população alvo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Material e Método

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo de investigação metodológica quantitativa, que envolve a busca por novos significados, interpretações de fenômenos e desenvolvimento de instrumentos para coleta e análise de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

6.2 Cenários do estudo

Em se tratando de um estudo proveniente de um projeto multicêntrico, o trabalho desenvolvido teve como cenários para a validação semântica os municípios de João Pessoa (PB), Manaus (AM), Porto Alegre (RS) e Ribeirão Preto (SP). A etapa de validação de construto, por sua vez, contou também com a participação dos seguintes municípios: Araraquara (SP), Indaiatuba (SP) e São Carlos (SP), tendo em vista a necessidade de uma amostra maior de sujeitos que permitissem a análise estatística. Dessa forma, o presente estudo contou com a participação de municípios que fazem parte de quatro das cinco regiões do Brasil, conforme a Figura 4.

Todos os municípios elencados para o estudo possuíam algumas características em comum, tais como:

1. Possuir uma população maior do que 100.000 habitantes (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2015 a, b, c, d, e, f, g);
2. Apresentar diferentes organizações para o controle da TB – atenção centralizada e descentralizada. Ex.: Ribeirão Preto (SP) e São Carlos (SP) – Centralizadas; Araraquara (SP), Indaiatuba (SP), João Pessoa (PB), Manaus (AM) e Porto Alegre (RS) – atenção descentralizada;
3. Contar com equipes que executam ações de controle da TB compostas por profissionais de nível médio de enfermagem (auxiliares e técnicos), enfermeiros e médicos.

De modo a caracterizar os municípios segundo aspectos sociodemográficos e de atenção à saúde, seguem as respectivas características gerais (Quadro 2):

Município	População (habitantes)	Território (Km²)	Estabelecimentos de saúde SUS	IDH
Araraquara	222.036	1.003,674	43	0,815
Indaiatuba	222.042	312,049	27	0,788
João Pessoa	769.607	211,475	208	0,763
Manaus	1.982.177	11.401,092	363	0,737
Porto Alegre	1.467.816	496,582	201	0,805
Ribeirão Preto	649.556	650,955	95	0,800
São Carlos	236.457	1.137,332	42	0,805

Fonte: Confederação Nacional dos Municípios, 2015 a,b,c,d,e,f,g.

Quadro 2 – Características dos cenários do estudo.

Por meio da síntese apresentada no quadro acima, pode se identificar que os municípios estudados são classificados como de grande porte, categoria na qual se enquadram aqueles que possuem entre 100.001 a 900.000 habitantes e duas metrópoles, classificação na qual se enquadra os municípios que possuem mais de 900.000 habitantes (IBGE, 2010). Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), todos os municípios estão entre aqueles com IDH alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1) (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2015).

Quanto a atenção à saúde, ao proceder o cálculo do número de habitantes fornecidos pelo IBGE, dividido pelo número de serviços de saúde registrados na Confederação Nacional dos Municípios, os cenários participantes do estudo apresentam uma proporção de população atendida que varia entre 3.700 usuários por serviço de saúde no município de João Pessoa (PB) e de 8.223 usuários por serviço de saúde no município de Indaiatuba (SP), o que revela que os sítios participantes possuem características distintas, diversidade essa que pode contribuir com o presente estudo, a partir do momento que recebe contribuições de sujeitos que atuam em serviços que se constituem de maneira plural.

Em relação aos casos de TB, o cenário também é diversificado. O estudo contou com sete municípios, sendo três deles capitais. Nestas, a taxa de incidência dos casos da doença de todas as formas variou entre 51,2 casos/100.000 habitantes em João Pessoa (PB), 94,4 casos/100.000 habitantes em Manaus (AM) e 105 casos/100.000 habitantes em Porto Alegre (RS). Nos municípios do interior do Estado de São Paulo, as taxas de incidência dos casos de TB variaram entre 18 casos/100.000 habitantes em Indaiatuba (SP), 21 casos/100.000 habitantes em Araraquara (SP), 23 casos/100.000 habitantes em Ribeirão Preto (SP) e 26 casos/100.000 habitantes em São Carlos (SP) (BRASIL, 2014; CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

6.3 Participantes do estudo

A população de referência do estudo foi constituída pelos profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos em enfermagem) e de nível superior (enfermeiros e médicos) que atuavam em SS que executavam ações de controle da TB nos

diferentes cenários contemplados pelo estudo. Cabe ressaltar que os profissionais são vistos como extremamente importantes para a implantação e viabilização das ações de controle da doença, visto que em algum momento receberam a recomendação de realização do TDO e, conseqüentemente, exercem essa ação cotidianamente (BRASIL, 2011a; CARDOZO GONZÁLES et al. (2008); QUEIROZ; BERTOLOZZI (2010); QUEIROZ et al. (2012).

Em contato junto à coordenação do PCT de cada município, foram obtidas listas com os serviços de saúde que executavam as ações de controle da TB. A amostra utilizada para o estudo foi do tipo aleatória, estratificada e proporcional segundo categoria profissional. O estudo ocorreu em diferentes etapas e contou, ao todo, com a participação de 526 sujeitos, distribuídos entre os municípios anteriormente apresentados. Para a primeira etapa, a de validação semântica, foram entrevistados 24 sujeitos que atuavam nos municípios de João Pessoa (PB), Manaus (AM), Ribeirão Preto (SP) e Porto Alegre (RS), tendo a amostra sido estabelecida segundo o método proposto pelo grupo DISABKIDS (EUROPEAN DISABKIDS® GROUP, 2006), os quais foram distribuídos segundo nível de formação (Tabela 1):

Tabela 1 – Distribuição da amostra de profissionais que participaram da validação semântica segundo nível de formação. Brasil, 2015.

Município	Profissionais de nível médio	Profissionais de nível superior
João Pessoa	3	3
Manaus	3	3
Porto Alegre	3	3
Ribeirão Preto	3	3
TOTAL	12	12

A etapa seguinte, que contemplou a parcela inicial do estudo de campo e da validação de construto, foi composta por 101 sujeitos, distribuídos segundo nível de formação, em sete municípios, a saber: Araraquara (SP), Indaiatuba (SP), João Pessoa (PB), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Ribeirão Preto (SP) e São Carlos (SP). O tamanho desta amostra foi estabelecido segundo o referencial de Sapnas (2002), no qual se estabelece que uma amostra composta por 100 sujeitos é

totalmente adequada para a realização da análise fatorial. A distribuição dos sujeitos participantes dessa etapa é detalhada a seguir (Tabela 2):

Tabela 2 – Distribuição da amostra dos participantes da primeira fase do estudo de campo segundo nível de formação. Brasil, 2016.

Município	Profissionais de nível médio	Profissionais de nível superior
Araraquara	14	4
Indaiatuba	6	10
João Pessoa	11	19
Manaus	2	3
Porto Alegre	8	12
Ribeirão Preto	2	3
São Carlos	2	5
TOTAL	45	56

A terceira etapa da coleta de dados, também de trabalho de campo, mas voltada à obtenção de uma amostra maior para promover o aprofundamento da análise fatorial voltada à validação de construto, contou com a participação de 401 sujeitos, distribuídos segundo nível de formação nos quatro cenários inicialmente contemplados nesse estudo. Ressalta-se nesse momento que a obtenção de uma amostra mais expressiva buscou atender à recomendação tradicional de tamanho amostral, que traz como ideal a aplicação do instrumento para dez sujeitos por item. Como nessa fase o instrumento contava com 39 itens, era necessária a aplicação do mesmo para, pelo menos, 390 sujeitos (KERLINGER, 1986) (Tabela 3):

Tabela 3 – Distribuição da amostra dos participantes da segunda fase do estudo de campo, segundo nível de formação. Brasil, 2016.

Município	Profissionais de nível médio	Profissionais de nível superior
João Pessoa	50	100
Manaus	37	80
Ribeirão Preto	13	13
Porto Alegre	43	65
TOTAL	143	258

Fonte: próprio estudo.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram:

- Profissionais de saúde de nível médio e superior, com mais de um ano de experiência nas ações de controle da TB (tendo em vista que a experiência em serviço dá maior suporte para responder o instrumento proposto).

Consistiu em um critério de exclusão:

- Profissionais que não estavam no exercício de sua função no período da coleta de dados, devido a férias ou licença.

6.5 Instrumento de coleta de dados

O presente estudo teve, como ponto de partida, a elaboração de um instrumento de coleta de dados denominado “ATP-IINFOC-TB” (Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose). Para sua elaboração, foram utilizadas as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro para o controle da TB e o TDO, contidas no “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil” (BRASIL, 2011b) e na publicação “Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem” (BRASIL, 2011a) e o trabalho de Bissell; Lee; Freeman (2011) que versa sobre a pesquisa operacional voltada à TP, cujo modelo por eles elaborado foi fonte de inspiração para a formulação das dimensões “Informação, Conhecimento e Inovação”, presentes no mesmo.

De modo a aprofundar a compreensão acerca das dimensões “Informação, Conhecimento e Inovação”, procedeu-se a um levantamento da literatura junto às bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e MEDLINE, por meio da interface PubMed (*US National Library of Medicine*).

Nesse processo, foram utilizados os seguintes cruzamentos de palavras-chave:

- *Information and Knowledge and Innovation;*
- *Knowledge and Policy Transfer;*
- *Knowledge and Innovation and Public Health;*
- *Management of Knowledge and Policy Transfer.*

Essas estratégias de busca tiveram como finalidade auxiliar tanto na construção do instrumento de coleta de dados quanto embasar as modificações a serem realizadas após as entrevistas. Os critérios de inclusão adotados foram:

- Artigos publicados entre os anos de 2000 e 2012;
- Artigos redigidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Dessa primeira etapa de buscas, na qual foram inseridos os cruzamentos das palavras-chave e inseridos os limites para a busca (descritos também como critérios de inclusão), se obteve os seguintes resultados:

Tabela 4 – Resultados das buscas realizadas nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, segundo cruzamentos de palavras-chave. Brasil, 2016.

Bases de dados	CINAHL	MEDLINE
Cruzamentos		
Information and Knowledge and Innovation	132	931
Knowledge and Policy Transfer	4	257
Knowledge and Innovation and Public Health	38	1536
Management of Knowledge and Policy Transfer	1231	149
Total de artigos por base de dados	1405	2873
Total de artigos capturados	4278	

Dessa busca inicial, procedeu-se a supressão dos artigos repetidos e leitura dos títulos, para analisar sua pertinência com a temática abordada. A seguir, ocorreu a leitura de todos os resumos dos trabalhos provenientes dessa primeira etapa de exclusão daqueles repetidos ou que não fossem relacionados à temática abordada. Por fim, ocorreu a leitura dos resumos dos trabalhos pré-selecionados, a fim de

identificar aqueles mais adequados à compreensão da TP como permeada pelas dimensões “Informação, Conhecimento e Inovação”. Do processo de análise e filtragem dos estudos, foram obtidos 105 artigos, os quais foram divididos igualmente entre os pesquisadores de todos os sítios de pesquisa, localizados nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil, e discutidos por meio de videoconferência, processo que resultou em 20 artigos, apresentados no Quadro 3:

Autores	Título	Periódico	Volume e ano de publicação
BARNETT, J.; VASILEIOU, K.; DJEMIL, F.; BROOKS, L.; YOUNG, T.	Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study	BMC Health Services Research	v. 11, 2011
CARLFJORD, S.; ANDERSSON, A.; LINDBERG, M.	Experiences of the implementation of a tool for lifestyle intervention in primary health care: a qualitative study among managers and professional groups	BMC Health Services Research	v. 11, n. 195, 2011
EDVARDSSON, K. et al.	Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden	BMC Health Services Research	v. 11, 2011
EDVARDSSON, K.; GARVAREN, R.; IVARSSON et al.	Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden	BMC Health Services Research	v. 11, 2011
CARLFJORD, S.; LINDBERG, M.; BENDSTEN, P.; NILSEN, P.; ANDERSSON, A.	Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory	BMC Family Practice	v. 11, n. 60, 2010
CORDERO et al.	Funding agencies in low and middle-income countries: support for knowledge translation	Bulletin of the World Health Organization	v. 86, n. 7, 2008
BERNSTEIN, S.L. et al.	Public Health Considerations in Knowledge Translation in the Emergency Department	Acad. Emerg. Med.	v. 14, n. 11, 2007
GRAHAM, I.D.; TETROE, J.	Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation	Acad. Emerg. Med.	v. 14, n. 11, 2007
LARKIN, G.L.; HAMANN, C.J.; MONICO, E.P.; DEGUTIS, L.; SCHUUR, J.; KANTOR, W.; GRAFFEO, C.S.	Knowledge Translation at the Macro Level: Legal and Ethical Considerations	Acad. Emerg. Med.	v. 14, n. 11, 2007

Autores	Título	Periódico	Volume e ano de publicação
ARMSTRONG, R.; WATERS, E.; ROBERTS, H.; OLIVER, S.; POPAY, J.	The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health	Journal of Public Health	v. 28, n. 4, 2006
GRAVEL, K.; LÉGARE, F.; GRAHAM, I.D.	Barriers and facilitators to implementing shared-decision making in clinical practice: a systematic review of health professional's	Implementation Science	v. 1, n. 16, 2006
SANTESSO, S.; TUGWELL, P.	Knowledge Translation in Developing Countries	The Journal of Continuing Education in the Health Professions	v. 26, 2006
DOBBINS, M.; DECORBY, K.; TWIDDY, T.	A Knowledge Transfer Strategy for Public Health Decision Makers	Worldviews on Evidence-Based Nursing	Second Quarter, 2004
GRAHAM, I.D.; LOGAN, J.	Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care	CNJR	v. 36, n. 2, 2004
GREENHALG, T.; ROBERT, G.; MACFARLANE, F.; BATE, P.; KYRIAKIDOU, A.	Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations	Milbank Q.	v. 82, n. 4, 2004
OGDEN, K.; WALT, G.; LUSH, L.	The politics of "branding" in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control	Social Science & Medicine	v. 57, 2003
BERWICK, D.M.	Disseminating Innovations in Health Care	JAMA	v. 289, n. 15, 2003.
PANKRATZ, M.; HALLFORS, D.; CHO, H.	Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy	Health Education Research: Theory & Practice	v. 17, n. 3, 2002
LÖVGREN, G.; ASTRÖM, G.; ENGSTRÖM, B.	A care policy and its implementation	International Journal of Nursing Practice	v. 97, 2001
PORTER, J.D.H.; OGDEN, J.A.	Missed Opportunities? Coercion or Commitment: Policies of Prevention	Annals of the New York Academy of Sciences	v. 953, 2001

Quadro 3 – Artigos que auxiliaram no processo de elaboração do instrumento ATP-IINFOC-TB segundo autores, título, periódico, volume e ano de publicação.

Por meio da leitura dos artigos contidos no quadro acima e consequente análise do referencial teórico utilizado, do percurso metodológico e das experiências apresentadas nos mesmos, identificou-se a ampla utilização do referencial sobre disseminação de inovações de Rogers (1995) para a constituição do construto relacionado à incorporação da inovação pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Para além deste, ressalta-se que foram utilizados dois materiais oficiais: “Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil” e “Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de enfermagem”, ambos publicados pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, para a concepção dos itens que constam no instrumento.

A partir das leituras e seleção dos diversos referenciais que comporiam o instrumento, considerou-se que este seria possuiria 49 itens, distribuídos entre as dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação” da seguinte forma (Quadro 4):

Dimensão	Definição	Itens
Informação	A informação é compreendida como algo a ser repassado para aqueles que estão recém-inseridos nos sistemas de saúde (LÖVGREN, ASTRÖM; ENGSTRÖM, 2001). Possui diferentes efeitos conforme seu tipo, e o modo como é comunicada/disseminada (DOBBINS; DE CORBY; TWIDDY, 2004). Dessa forma, passa por um processo de comunicação, para ser posteriormente recebida e apreendida por quem a recebe. A troca da informação ou de um conjunto de informações sobre uma nova ideia pode ocorrer por meio de um processo de convergência, que envolve redes interpessoais, consistindo então em uma matéria-energia que afeta a incerteza em uma situação na qual existe escolha entre um conjunto de alternativas (ROGERS, 1995).	12
Conhecimento	O conhecimento como advindo de políticas públicas é, em âmbito internacional, estudado por meio da “ <i>Knowledge Transfer</i> ” e da “ <i>Knowledge Translation</i> ”, referenciais por meio dos quais se investigam estratégias voltadas à disseminação e incorporação do conhecimento pelos profissionais de saúde (LÖVGREN, ASTRÖM; ENGSTRÖM, 2001; LARKIN et al., 2007). Tem como componentes o fator tempo, a credibilidade e a factibilidade, o modo de transferência e a oportunidade para treinamento e educação (DOBBINS; DE CORBY; TWIDDY, 2004), consistindo ainda em uma etapa do processo de decisão pela incorporação (ou não) de uma inovação (ROGERS, 1995).	12
Inovação	A inovação é compreendida enquanto uma ideia, prática ou objeto, percebido como novo (ROGERS, 1995). Podem ser inovações um protocolo, propostas de modificação no gerenciamento de casos ou promoção da comunicação entre profissionais (GRAHAM; LOGAN, 2004). As inovações também são aplicadas às políticas de saúde, sendo vistas enquanto um produto do casamento entre poder e ideias (DERY, 2000).	25

Quadro 4 – Definição das três dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e distribuição dos itens.

A seguir, apresentar-se-ão os itens e a justificativa pela inserção de cada um, tendo como base a política de controle da doença vigente no cenário nacional (Quadro 5):

Item			Justificativa para a inserção do item segundo as políticas nacionais voltadas ao controle da TB
INFORMAÇÃO	1	A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.	A implantação do TDO para a TB, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), consiste em um ponto crucial para a constituição do TDO enquanto um dos elementos centrais do controle da doença.
	2	A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi discutida entre os profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde.	A discussão sobre a implantação e execução do TDO, além do nível central, deve ocorrer na internalidade das equipes de saúde, por meio de ações de educação permanente, compreendida enquanto um processo de reflexão contínua sobre o trabalho, buscando a proposição da melhoria da prática cotidiana (BRASIL, 2011a).
	3	A população participou da discussão da implantação do TDO.	A participação popular, além de ser integrante das políticas que constituem o SUS, é um elemento central das ações de controle da TB, enfatizada na estratégia <i>Stop TB</i> e incorporada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	4	No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.	A integração entre gestão e equipes de saúde é de suma importância para a implantação e execução adequada do TDO, e estão amparadas nas políticas voltadas ao controle da doença (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	5	Na implantação do TDO não se levou em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.	As características do território e dos recursos disponíveis nas unidades que executam o TDO devem ser considerados ao se implementar essa ação (BRASIL, 2011a).
	6	A coordenação do PCT utilizou de estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.	É uma atribuição da esfera municipal participar da operacionalização do TDO se articular às equipes de saúde, aperfeiçoando as ações de controle da doença (BRASIL, 2011b).
	7	A linguagem utilizada pela Coordenação do PCT foi clara, concisa, envolvente e de fácil entendimento, durante a implantação do TDO.	Tendo em vista a necessidade de integração entre a gestão e as equipes de saúde, o processo de transmissão da informação é facilitado com a utilização de linguagem clara e acessível aos profissionais que compõem as equipes e possuem diferentes níveis de formação (médio ou superior) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	8	Para a implantação do TDO foram utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	A educação permanente é parte integrante das políticas de controle da TB em voga no âmbito nacional. Nessa, a educação é vista como um processo dialógico e dinâmico, que pode ser potencializado por meio da utilização de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2011a).

Item			Justificativa para a inserção do item segundo as políticas nacionais voltadas ao controle da TB
	9	As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.	Tendo em vista a importância da utilização de diferentes estratégias de ensino nas ações de educação permanente voltadas às equipes de saúde, reveste-se de importância verificar o impacto destas (BRASIL, 2011a).
	10	Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.	Faz parte do processo de ensino-aprendizagem a reflexão sobre a realidade vivenciada, o que tem estreita relação com as experiências prévias vivenciadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2011a).
	11	Na minha unidade de saúde eu tenho acesso à materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	A instância federal tem como uma de suas atribuições ofertar subsídios técnicos e orientações para os serviços que executam as ações de controle da TB, ao passo que o nível estadual deve divulgar a situação da doença por meio de boletins e informes a serem disponibilizados para as unidades, as quais devem contar com equipamentos mínimos, que incluem manuais técnicos e álbuns seriados, por exemplo (BRASIL, 2011a).
	12	Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).	A atualização deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde, e dar-se-á por meio de atividades educativas e discussão entre os membros da equipe (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
CONHECIMENTO	13	Compreendo as diretrizes do TDO.	A compreensão das diretrizes do TDO é vista enquanto resultado do processo de ensino-aprendizagem, quando a informação transmitida em ações educativas transforma-se em conhecimento e passa a fazer sentido para a prática profissional (BRASIL, 2011a).
	14	Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	O protocolo de acompanhamento do TDO deve ser compreendido pelos profissionais que executam as ações de controle da TB, tendo em vista a necessidade de realizar esta ação de forma adequada e efetiva (BRASIL, 2011a).
	15	Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.	Seguir as diretrizes do TDO pode ser considerado como uma consequência das pactuações e ações de educação permanente, empreendida pela gestão municipal junto às equipes de saúde que compõem a rede de atenção (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	16	Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.	As diretrizes do TDO são um conjunto de aspectos que compõem sua execução e devem ser compreendidas pelos profissionais enquanto norte para seu trabalho. Ao superar o ponto de vista da mesma enquanto mera exigência para uma ação benéfica à população atendida, se supera a barreira da obrigatoriedade da execução dessa ação (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	17	Na minha unidade de saúde, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	A realização do TDO necessita de uma série de ações, que inclui o diagnóstico da situação da doença, a promoção do acesso e equidade, conhecer o perfil da clientela assistida, realizar ações de referência e contra-referência, acolhimento com escuta ativa e estabelecimento de vínculo. Busca-se identificar nesse item se a execução do TDO é uma rotina simples, quanto os profissionais percebem essas ações já incorporadas à sua prática cotidiana (BRASIL, 2011a).
	18	A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	É atribuição da esfera municipal participar da operacionalização do TDO e articular-se às unidades que o executa, visando o aperfeiçoamento contínuo dessa ação (BRASIL, 2011a).
	19	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o TDO.	É competência dos estados e municípios ofertar ações voltadas à capacitação de recursos humanos, pressupondo a participação dos profissionais que executam ações de controle da TB (BRASIL, 2011b).
	20	A unidade de saúde não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.	Em se tratando de uma competência dos municípios, espera-se que além de promover as atividades de capacitação e educação permanente, os profissionais de nível médio e superior que executam as ações de controle da TB possam participar das atividades oferecidas (BRASIL, 2011b).

Item			Justificativa para a inserção do item segundo as políticas nacionais voltadas ao controle da TB
	21	Nas reuniões de equipe da minha unidade de saúde, os profissionais não discutem casos clínicos de doentes em TDO.	A educação permanente é parte integrante do trabalho dos profissionais que executam o TDO e compreendida enquanto um processo de reflexão contínua e crítica da realidade, podendo ter como foco condutas em resposta a situações de saúde e discussão de casos clínicos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	22	A equipe da minha unidade de saúde reconhece a importância do TDO.	Executar o TDO envolve a equipe de saúde como um todo. Reconhecer a importância dessa estratégia é um aspecto que favorece a incorporação e execução do TDO (BRASIL, 2011b).
	23	O sucesso do TDO envolve diferentes ações e/ou fatores além dos existentes na minha prática profissional.	As ações de controle da TB pressupõem a integração junto aos doentes de TB e a comunidade em que ele vive, o que leva a uma expansão das ações e dos fatores normalmente envolvidos na atenção à saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).	Os materiais educativos fazem parte da estrutura necessária para a execução das ações de controle da TB. A formulação e divulgação de materiais e informativos são competências da esfera federal e estadual, que distribuem esse material nas regiões e, das regiões, esses materiais são distribuídos para os municípios. O acesso a materiais educativos pode auxiliar nas ações junto aos acometidos pela doença e seus familiares (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
INOVAÇÃO	25	Os materiais educativos da minha unidade norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	A presença e a utilização de materiais educativos nas unidades podem fomentar a prática junto aos doentes de TB, visto que a política nacional voltada ao controle da doença recomenda a realização desse tipo de atividade junto àqueles acometidos pela doença, familiares e comunidade (BRASIL, 2011a).
	26	A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.	A realização do TDO requer a presença de materiais e equipamentos nas unidades, incluindo mesas, cadeiras, arquivos, negatoscópios, potes para coleta de escarro, medicamentos, formulários, entre outros (BRASIL, 2011a).
	27	A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.	Recursos humanos presentes em número adequado e devidamente capacitados contribuem diretamente com a execução do TDO e sua efetividade (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.	O TDO compreende a realização de ações dentro e fora da unidade de saúde. Tendo como base a Política Nacional de Humanização, espera-se uma assistência singular, baseada na escuta e criação de vínculo junto ao doente e seus familiares, levantando as necessidades específicas e planejando as intervenções mais adequadas (BRASIL, 2011a).
	29	O doente em TB não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.	As ações de controle da TB pressupõem a integração entre profissionais, família e comunidade, voltando-se à construção de sujeitos autônomos que se corresponsabilizem pela sua saúde, tomando decisões conjuntas junto aos profissionais que realizam o cuidado (BRASIL, 2011a).
	30	Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual para cada doente em TDO.	Espera-se que, articulado às ações enfatizadas pelos materiais que embasam as ações de controle da TB, que inclui a visita domiciliar, a educação em saúde e a atenção humanizada, considerando a realidade vivida pelo sujeito acometido pela doença para a elaboração e implementação de um plano de cuidado individualizado (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	31	Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.	A atenção à saúde pautada na Política Nacional de Humanização busca promover o estabelecimento de vínculo junto ao doente de TB, trazendo-o como parceiro no as ações de controle da doença, na criação de um plano de cuidado individual e no seu empoderamento (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
	32	O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.	A Política Nacional de Humanização é base para o protocolo de enfermagem voltado à execução do TDO na Atenção Básica, e traz a necessidade de escuta e acolhida das intenções e expectativas dos sujeitos, esperando que estes sejam autônomos e se corresponsabilizem por sua própria saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Item		Justificativa para a inserção do item segundo as políticas nacionais voltadas ao controle da TB
33	O doente em TB não tem autonomia para escolher a modalidade de supervisão do TDO (compartilhada, auto-administrada e supervisionada).	Por meio de uma atenção à saúde humanizada e individualizada, espera-se que a pessoa acometida por TB seja incluída no processo terapêutico e nas tomadas de decisão a respeito do tratamento que recebe (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
34	Considero que o TDO é inovador para o controle da TB.	Apesar de ser componente de uma recomendação datada do início dos anos 1990, o TDO é inovador a partir do momento que promove o acolhimento humanizado, a garantia de adesão ao tratamento, a redução do sofrimento humano e de ser um instrumento promotor da educação em saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
35	Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.	A equipe de saúde considera o TDO e as ações a ele relacionadas (humanização da atenção à saúde, educação em saúde, cuidado individualizado e corresponsabilização) enquanto inovadores (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
36	Na minha unidade de saúde a expansão do TDO não é discutida pela equipe.	O TDO, segundo o Ministério da Saúde, é destinado a todos os pacientes com diagnóstico de TB, o que pressupõe uma expansão dessa ação a ser realizada pelos profissionais que compõem a equipe de saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
37	Com a introdução do TDO não houve mudanças na minha prática profissional.	O TDO e a série de ações relacionadas à sua realização levam a uma expansão e consequente mudança da prática do profissional envolvido nas ações de controle da TB (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
38	A minha unidade de saúde introduziu/criou novos instrumentos para o monitoramento e controle do TDO.	A esfera federal coordena o monitoramento e a avaliação das ações de controle da TB, ao passo que a estadual monitora os indicadores epidemiológicos e acompanha o cumprimento das metas pactuadas. Os municípios, por sua vez, monitoram os indicadores epidemiológicos e acompanham o cumprimento das metas por meio de informações registradas em formulários e Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados, prática que deve ser adaptada conforme a especificidade dos cenários e as necessidades identificadas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
39	Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale leite, entre outros).	O uso de incentivos como lanches, auxílio alimentação e facilitadores de acesso como vale-transporte são recomendados para motivar a adesão do doente ao tratamento (BRASIL, 2011b).
40	Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.	Municípios e os serviços de saúde que o compõe podem adaptar os protocolos à sua realidade, podendo também ofertar outros incentivos/estratégias de promoção da adesão ao tratamento que estejam de acordo com as necessidades identificadas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
41	Na minha unidade de saúde 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).	O Programa Nacional de Controle da Tuberculose incentiva a articulação dos serviços de saúde com Organizações Não Governamentais ou sociedade civil e organizada, fortalecendo o controle social e garantindo a sustentabilidade das ações de controle da TB e a adesão à terapêutica proposta (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
42	Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.	O TDO tem a capacidade de ser uma ação promotora da saúde quando executado adequadamente, promovendo a reabilitação social, melhorando a autoestima e criando vínculo entre a pessoa acometida pela TB e os serviços de saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
43	Na minha unidade de saúde o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.	O deslocamento do cuidado pautado no eixo médico para um processo que seja embasado no trabalho multiprofissional é uma prioridade para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Item		Justificativa para a inserção do item segundo as políticas nacionais voltadas ao controle da TB
44	Na minha unidade de saúde não desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).	O estabelecimento de parcerias intersetoriais é presente nas recomendações do Ministério da Saúde no que se relaciona ao oferecimento de ações programáticas, sendo ainda uma atribuição comum a todos os profissionais que exercem ações de controle da TB (BRASIL, 2011a).
45	Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	A motivação é parte dos aspectos que promovem qualidade às ações de controle da TB, sendo relevante a motivação dos profissionais que atuam nesse cenário para seu êxito (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
46	Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO.	A execução do TDO é complexa, e se apresenta como uma prática constituída por conhecimentos técnicos, relacionamento interpessoal, estabelecimento de vínculo e atenção aos aspectos sociais, o que pode refletir em dificuldades para sua adequada realização (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
47	Na minha unidade de saúde, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.	A realização de atividades de educação permanente e treinamentos é parte integrante das recomendações do Ministério da Saúde, tanto no momento da admissão quanto no decorrer da atuação dos profissionais nos serviços de saúde que executam as ações de controle da TB (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
48	Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO.	A identificação das necessidades dos usuários é parte importante das políticas de controle da TB, fomentando o planejamento do cuidado e fortalecendo a efetividade do tratamento (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
49	Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.	Os protocolos e procedimentos a serem adotados nos serviços de saúde, segundo o Ministério da Saúde, podem e devem ser adaptados ao cenário local, o que pode fazer com que as ações sejam mais efetivas e adequadas à realidade (BRASIL, 2011a).

Quadro 5 – Itens que compõem a primeira versão do instrumento ATP-IINFOC-TB e respectivas justificativas de inclusão.

No instrumento, os itens foram escalonados segundo uma escala do tipo *Likert*, de 1 a 5, com as seguintes opções de respostas: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente. Desta forma, a versão inicial do instrumento ATP-IINFOC-TB é constituída por 3 dimensões e 49 itens, com cinco opções de resposta (APÊNDICE I).

6.6 Procedimentos metodológicos para a coleta e análise dos dados

Para a realização das coletas de dados foram feitos contatos prévios junto às Secretarias Municipais de Saúde, coordenadores do PCT ou da Atenção Básica

(AB) dos municípios participantes, a depender da organização interna de cada um. Esses contatos tiveram como finalidade apresentar o projeto e definir a estratégia para a coleta de dados. Nessa oportunidade, foram obtidas informações como os nomes dos SS que executavam ações de controle da TB e seus endereços. A seguir, todas as unidades foram contatadas pessoalmente ou via telefone para a apresentação da investigação às equipes e anuência para a coleta de dados.

Foi nesse momento que se deu o recrutamento dos participantes da pesquisa – os profissionais de nível médio e superior que executavam as ações de controle da TB. Cada entrevista foi agendada conforme a data, o local e o horário de preferência dos sujeitos, tendo sido autoaplicada e realizada por pesquisadores do grupo previamente treinados.

6.6.1 Validação Semântica

A etapa de validação semântica contou com a participação de 24 sujeitos, distribuídos segundo aqueles de menor e maior nível educacional. Desta forma, 12 sujeitos eram profissionais de nível médio (auxiliares/técnicos em enfermagem), e outros 12 eram profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos), os quais foram distribuídos da seguinte forma: 3 profissionais de nível médio e 3 profissionais de nível superior por cenário (João Pessoa (PB), Manaus (AM), Porto Alegre (RS) e Ribeirão Preto (SP). A coleta de dados referente a essa etapa foi realizada no período entre abril e maio de 2013.

Para o processo de validação semântica dos itens que compunham o instrumento, foram utilizadas as seguintes ferramentas:

1. Formulário de Impressão Geral do Projeto DISABKIDS® (ANEXO I) (DISABKIDS, 2004);
2. Formulário de Impressões Específicas do Projeto DISABKIDS® (ANEXOS II, III, IV e V) (DISABKIDS, 2004);
3. Primeira versão do instrumento ATP-IINFOC-TB após construção e avaliação pelo grupo de pesquisa (composto por especialistas da área);
4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ser apresentado aos entrevistados (APÊNDICE II).

A validação semântica do instrumento ocorreu em duas etapas. Na primeira, voltada à análise da validade de conteúdo, o mesmo foi lido por pesquisadores especialistas da área, visando analisar a coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pelos profissionais de nível médio e superior, ou seja, a população à qual se destina o instrumento, pensando nos aspectos cultural dos mesmos. Participaram desta etapa os pesquisadores do GEOTB envolvidos na execução desse projeto, os quais estão inseridos nos cenários de João Pessoa, Manaus, Porto Alegre, Ribeirão Preto e João Pessoa.

A etapa II, por sua vez, contemplou a verificação da compreensão dos itens existentes no instrumento por meio de entrevistas com a população alvo do estudo (profissionais de saúde de nível médio e superior que executam ações de controle da TB), tendo como objetivo principal a identificação de problemas de entendimento e aceitação dos termos utilizados, além de verificar se os itens são compreensíveis para todos os sujeitos aos quais o instrumento será aplicado (DISABKIDS, 2004; PASQUALI, 1999).

Para a coleta dos dados que precisavam ser obtidos nessa etapa, foram utilizados como base os formulários de Impressão Geral e de Impressões Específicas, adaptados do Projeto DISABKIDS®. Cabe ressaltar que o Formulário de Impressão Geral não passou por ajustes, pelo fato de seu conteúdo ser genérico e aplicável a qualquer assunto. Em contrapartida, o Formulário de Impressões Específicas foi adaptado, tendo ocorrido a substituição dos itens contidos no instrumento DISABKIDS® por aqueles que pertenciam à versão inicial do ATP-IINFOC-TB. Para a utilização e adaptação desse material foi obtida a autorização por parte da coordenadora dos projetos DISABKIDS® do Brasil e México (ANEXO VI).

Ainda em relação à adaptação do Formulário de Impressões Específicas, os itens que o comporiam foram divididos, segundo sorteio, da seguinte forma: três formulários contendo 12 itens e um formulário contendo 13 itens, o que totaliza os 49 itens contidos no instrumento completo. Dessa forma, cada Formulário de Impressões Específicas teve os seguintes itens (Tabela 5):

Tabela 5 – Distribuição dos itens no Formulário de Impressões específicas após sorteio. Brasil, 2016.

Número do formulário	Itens
1	1, 2, 3, 9, 12, 24, 26, 35, 38, 43, 47 e 48
2	4, 5, 6, 7, 11, 17, 29, 31, 32, 36, 39 e 46
3	8, 10, 14, 15, 20, 22, 23, 28, 30, 40, 41, 45
4	13, 16, 18, 19, 21, 25, 27, 33, 34, 37, 42, 44, 49

Nessa fase do estudo, todos os 24 profissionais distribuídos nos seis sítios de pesquisa responderam a versão inicial do instrumento; na etapa seguinte, todos responderam o Formulário de Impressões Gerais e, por fim, os Formulários de Impressões Específicas. Cabe destacar que seis profissionais de cada um dos quatro cenários estabelecidos inicialmente para o estudo (sendo três de nível médio e três de nível superior) responderam a cada um desses subconjuntos.

A divisão dos sujeitos do estudo em subgrupos consiste em uma proposta do projeto DISABKIDS®, no qual este trabalho se baseou para o processo de validação, e tem como finalidade garantir a fidedignidade das contribuições obtidas, promovendo uma análise detalhada de todos os itens do instrumento em relação à sua importância e entendimento segundo a perspectiva da população alvo (DISABKIDS, 2004; DEON et al., 2011).

A análise dos dados advindos do Formulário de Impressões Gerais e dos Formulários de Impressões Específicas passou por três etapas:

1. Inserção dos dados obtidos em *software* de análise estatística (Statistica 8.0, da Statsoft.Inc¹), referentes às questões fechadas contidas tanto no formulário de Impressões Gerais quanto no formulário de Impressões Específicas;
2. Análise das variáveis quantitativas contidas no formulário de Impressões Gerais (construção de categorias);
3. Análise das variáveis qualitativas contidas no formulário de Impressões Específicas (construção de categorias)

¹ A análise dos dados relacionados à etapa de validação semântica se deram por meio do *software* Statistica 8.0, da Statsoft.Inc, pelo fato de ter sido realizado pela pesquisadora responsável por esse projeto. As etapas subsequentes, por sua vez, se utilizaram do *software* SPSS, visto que foram realizadas com o auxílio da responsável pelos projetos DISABKIDS® do Brasil e México.

Em relação à análise quantitativa, a mesma foi voltada à frequência com que apareceram as respostas positivas e negativas frente às perguntas que constavam nos formulários. Quando era superado os 50% de respostas positivas, considerou-se que os profissionais apresentavam um conceito positivo em relação aos itens propostos no instrumento e que, portanto, não eram necessários ajustes. Quando o inverso ocorria (mais de 50% de respostas negativas), foi considerado que os profissionais não consideravam os itens como adequados, sendo estes selecionados para análise aprofundada e possível readequação para os termos sugeridos pelos participantes do estudo.

Quanto à abordagem qualitativa, tomou-se como base o referencial de Bardin (2011) – A Análise de Conteúdo – Modalidade Temática. Ocorreu a leitura e análise das respostas dadas pelos profissionais de nível médio e superior às perguntas de cunho qualitativo, as quais basearam a construção de categorias que apontavam para as necessidades de ajuste sugeridas pelos entrevistados. Os resultados provenientes dessa análise foram criteriosamente analisados pelos pesquisadores envolvidos no projeto, de modo que fossem realizados ajustes que de fato atendessem aos ajustes apontados pelos respondentes.

6.6.2 Estudo de campo

O estudo de campo se deu após a validação semântica, e visou analisar as propriedades psicométricas do instrumento ATP-IINFOC-TB, verificando se as dimensões contidas no instrumento (Informação, Conhecimento e Inovação) realmente mensuravam aquilo que se pretendia, e se os itens eram adequados para a finalidade proposta (avaliar a TP do TDO, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de nível médio e superior, para essas três dimensões). Além da análise das características psicométricas, essa etapa buscou também simular o estudo de campo (DEON et al., 2011). No caso do presente trabalho, esta etapa se deu em duas fases distintas, que serão exploradas adiante.

A primeira etapa do estudo de campo contou com a participação de 101 sujeitos, sendo 45 profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e 55 profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos). Nessa,

adotou-se a orientação presente no trabalho de Terwee et al. (2007), o qual preconiza a utilização de, no mínimo, 50 sujeitos para esse tipo de estudo, de modo que sejam possibilitadas as análises estatísticas.

Merece destaque o fato de que, diferente da amostra que compôs a validação semântica, os profissionais que participaram da primeira fase do estudo de campo foram selecionados entre todos aqueles que atuavam em serviços que executavam ações de controle da TB no período da coleta de dados e que, além dos quatro municípios que fizeram parte da amostra inicial – João Pessoa (PB), Manaus (AM), Porto Alegre (RS) e Ribeirão Preto (SP), para compor a amostra necessária para a realização das análises estatísticas, foram incluídos os profissionais de nível médio e superior que atuavam na atenção à TB em três municípios do interior paulista: Araraquara, Indaiatuba e São Carlos.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014 e, assim como na etapa de validação semântica, a mesma foi realizada por pesquisadores vinculados ao projeto que foram previamente treinados para tal. Tomou-se o cuidado para não entrevistar os mesmos sujeitos que participaram da etapa anterior, o que poderia originar vieses no trabalho. Nessa etapa, foram utilizados:

1. A segunda versão do instrumento ATP-IINFOC-TB, readequado após a etapa de validação semântica (APÊNDICE III);
2. O TCLE, que deveria ser lido e devidamente assinado pelos participantes do estudo (APÊNDICE II).

A primeira fase do estudo de campo visou analisar:

1. O efeito *floor and ceiling*, que ocorre quando mais de 15% das respostas está concentrada no menor (0%) ou maior (100%) escores possíveis do instrumento (McHORNEY; TARLOV, 1995). Caso esses efeitos estejam presentes, existe um indicativo de prejuízo na responsividade do instrumento;
2. Alocação dos itens nas dimensões propostas (informação, conhecimento e inovação) por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE);

3. Fidedignidade do instrumento: analisada por meio da consistência interna de seus itens segundo o Alfa de Cronbach. Foram considerados como aceitáveis os valores de alfa iguais ou superiores a 0,70 (TERWEE et al., 2007).

A segunda fase do estudo de campo, por sua vez, contou com a participação de 401 sujeitos, sendo 143 profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e 258 profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos). Como pode se ver, nesta ocorreu a obtenção de uma maior amostra, de modo que fosse permitida a realização de outras análises estatísticas (Multitraço-Multimétodo e Análise Fatorial Confirmatória), contando com respostas de mais de dez participantes por item do instrumento, atendendo a recomendação de Kerlinger (1986).

Nessa etapa, diferente da amostra que compôs a primeira fase do estudo de campo, que contava com sete municípios, retornou-se aos municípios originalmente estabelecidos como participantes – João Pessoa (PB), Manaus (AM), Ribeirão Preto (SP) e Porto Alegre (RS). Manteve-se o cuidado para que os participantes do estudo não o tivessem feito nos dois momentos anteriores (a validação semântica e a primeira fase do estudo de campo).

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2014, assim como nas etapas anteriores, o instrumento foi aplicado por pesquisadores vinculados ao projeto, previamente treinados para tal. Cabe destacar que os profissionais de saúde que participaram desta fase não foram os mesmos que participaram das anteriores, buscando o cuidado para manter o rigor metodológico do estudo. Nessa fase do estudo de campo, foram aplicados aos respondentes:

1. A terceira versão do instrumento ATP-IINFOC-TB, readequado após primeira fase do estudo de campo (APÊNDICE IV);
2. O TCLE, que deveria ser lido e devidamente assinado pelos participantes do estudo (APÊNDICE II).

A segunda fase do estudo de campo visou analisar:

1. Efeito *floor and ceiling*, que ocorre quando mais de 15% das respostas está concentrada no menor (0%) ou maior (100%) escores possíveis do

- instrumento (McHORNEY; TARLOV, 1995). Caso esses efeitos estejam presentes, existe um indicativo de prejuízo na responsividade do instrumento;
2. Alocação dos itens nas dimensões propostas (informação, conhecimento e inovação);
 3. Fidedignidade do instrumento: analisada por meio da consistência interna de seus itens segundo o Alfa de Cronbach. Foram considerados como aceitáveis os valores de alfa iguais ou superiores a 0,70 (TERWEE et al., 2007);
 4. A validade de construto convergente e discriminante, por meio da análise Multitraço-Multimétodo, a fim de se verificar as correlações entre os itens e as dimensões Informação, Conhecimento e Inovação (WARE; HAYASHI; HAYS, 1988);
 5. A realização da Análise Fatorial Confirmatória, segundo modelos de equações estruturais, a fim de analisar a validade de construto, ou seja, o grau com que o conjunto de itens medidos realmente refletem a teoria adotada (HAIR JR et al., 2009).

Todas as informações coletadas junto aos 401 participantes da primeira e segunda fase do estudo de campo foram organizadas e armazenadas em um banco de dados no programa *Excel* 2010, da *Microsoft*, passando pela técnica de dupla digitação, evitando assim possíveis erros na transcrição das informações e nos resultados provenientes de sua análise. Para a análise estatística, foram utilizados os *softwares Multitrait Analysis Program (MAP) Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0 e o *AMOS/SPSS*.

6.7 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b), o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado por três Comitês de Ética em Pesquisa (CEP):

- O da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 01197312.3.0000.5393 (ANEXO VII);

- O do Grupo Hospitalar Conceição, sob CAAE número 01649012.9.0000.5530 (ANEXO VIII).

Ressalta-se que todos os participantes do estudo leram, concordaram e assinaram o TCLE, tendo sido assegurada aos mesmos a condição de confidencialidade total de sua identidade, e que participar do estudo não implicaria em forma alguma de prejuízo de suas atividades (APÊNDICE II).

Resultados e Discussão

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Validação semântica

7.1.1 Validação semântica: caracterização dos profissionais de saúde entrevistados

Conforme citado anteriormente, participaram da fase de validação semântica 24 profissionais de saúde dos quatro sítios pesquisados. Em relação às variáveis idade e tempo de serviço, a amostra possuía as seguintes características sociodemográficas (Tabela 6):

Tabela 6 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da validação semântica do ATP-IINFOC-TB, segundo as variáveis idade e tempo de atuação. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas	$\bar{x}$	Md	Dp	Mín	Máx
Idade	46,4	46,5	9,8	30	63
Tempo de atuação	11,73	7	11,1	3	30

A seguir, serão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes do estudo na validação semântica segundo as variáveis passíveis de análise por frequência simples (sexo e categoria profissional):

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde entrevistados, segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas		Frequência	Frequência acumulada	%	% acumulado
Sexo n=24	Feminino	17	17	70	70
	Masculino	7	24	30	100
Categ. profissional n=24	Médico	3	3	12	12
	Enfermeiro	11	14	46	58
	Aux./ Téc. Enfermagem	10	24	42	100

Por meio da leitura das tabelas acima, pode se identificar que os profissionais participantes dessa fase do estudo possuem, em média, 46,4 anos de idade, mediana de 46,5 anos e um desvio padrão de $\pm 9,8$ anos. Em relação à idade mínima registrada, essa foi de 30 anos, ao passo que a máxima foi de 63 anos. Em relação ao tempo de atuação, a média foi de 11,7 anos, com mediana de 7 anos, desvio padrão de $\pm 11,1$ anos, com tempo mínimo de atuação de 3 anos, e tempo máximo de 30 anos.

Em relação à variável sexo, a maioria dos profissionais eram do sexo feminino (17 – 70% dos participantes) e, segundo a categoria profissional, 21 (88%) dos participantes eram da área da enfermagem, sendo 11 (46%) enfermeiros e 10 (42%), profissionais de nível médio (auxiliares ou técnicos em enfermagem).

As informações sociodemográficas dos participantes da etapa de validação semântica revela que os profissionais possuíam tempo de atuação que lhes permitia uma boa experiência com as ações de controle da TB, além de apresentar média de idade que os enquadra na população economicamente ativa que, segundo o IBGE, é composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade (IBGE, 2016).

Em relação à variável sexo, a predominância de profissionais mulheres corrobora com dados produzidos pela World Health Organization (2008) e com o estudo de Machado; Vieira; Oliveira (2012), que aponta a força de trabalho, na área da saúde em geral, como sendo formada predominantemente por mulheres (variando entre 70 a 75%), número que chega a ultrapassar dos 90% quando se leva em conta somente a área da enfermagem.

7.1.2 Validação semântica: impressões dos entrevistados e contribuições para readequação do instrumento primário

Na análise geral, o instrumento foi considerado como “bom” ou “muito bom” por 58% e 33% dos profissionais, respectivamente. Entretanto, 13% o consideraram extenso e cansativo. Por outro lado, 100% dos profissionais consideraram os itens propostos no instrumento como importantes para sua prática profissional.

Em relação à compreensão geral do instrumento, houve inconsistência nas respostas. Apesar de 50% dos entrevistados terem considerado os itens como fáceis de entender, 79% relataram alguma dificuldade quanto às opções de resposta apresentadas. As alternativas de resposta foram consideradas por 21% dos entrevistados como um fator de confundimento, por dificultar emissão de juízo. Essas sugestões serviram como base para a realização de adequações no instrumento inicialmente proposto.

Para captar as impressões específicas dos participantes quanto ao instrumento, elaboraram-se quatro questionários baseados no método DISABKIDS®. Esses quatro questionários foram distribuídos ao acaso nos sítios de pesquisa, de forma que cada um fosse utilizado por seis profissionais para avaliar o ATP-IINFOC-TB. Apesar de, ao avaliar o instrumento como um todo, 100% dos entrevistados terem considerado os itens importantes para sua prática profissional, ao responder o questionário de impressões específicas, 50% dos profissionais classificaram como não relevantes os seguintes itens: 3 (A população participou da discussão da implantação do TDO), 5 (Na implantação do TDO não se levou em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade), 9 (As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO), 12 (Não busco informações sobre o TDO em outras fontes – jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros) e 27 (A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO).

Quanto ao entendimento, cerca de 50% dos entrevistados relataram dificuldade de compreensão dos seguintes itens: 12 – “Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros)”, 15 – “Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política” e 48 – “Na minha unidade, as necessidades de saúde da

população são percebidas pela equipe em relação ao TDO". Além disso, os seguintes itens foram considerados pelos entrevistados como aqueles que não possuíam alternativas de resposta adequadas: 9 – “As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO”, 15 – “Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política”, 28 – “O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual” e 48 – “Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO”.

7.1.3 Validação semântica: contribuições para o refinamento dos itens do instrumento primário

As sugestões dos entrevistados geraram mudanças em três categorias principais: alteração nos itens da escala de resposta, redação dos itens da forma negativa para a afirmativa e substituição de alguns termos utilizados por outros de melhor compreensão. A análise da pertinência das sugestões fornecidas pelos profissionais entrevistados e a escolha da melhor estratégia de ajuste teve como foco acompanhar o objetivo do instrumento, que é o de avaliar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle de TB segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de nível médio e superior que executam ações de controle da doença.

Em relação à escala de respostas utilizada, o número de opções foi mantido em cinco, mas foram feitos ajustes nas opções de resposta: 1. “Discordo totalmente” alterada para “Discordo”; 2. “Discordo” para “Discordo parcialmente”; 3. “Não concordo nem discordo” para “Indiferente”; 4. “Concordo” para “Concordo parcialmente” e 5. “Concordo totalmente” para “Concordo”.

Em 22 (45%) dos itens originais, mais de 50% dos entrevistados sugeriram modificações, que após análise, foram implementadas. Além desses, outros 18 itens (37%) foram modificados para garantir a consistência na adequação do instrumento primário. Ressalta-se que, apesar de terem sido alvo de sugestões para modificação, os itens: 15 (Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política) e 46 (Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO) foram mantidos na forma negativa para não condicionar o entrevistado a

responder somente no modo afirmativo, garantindo assim maior rigor metodológico ao instrumento. Os itens: 24 (A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO – panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros) e 29 (O doente em TB não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica) foram excluídos por terem sido considerados como redundantes. Dados relacionados à manutenção, exclusão e alteração dos itens são apresentados na tabela 8.

Tabela 8 – Alterações realizadas nos itens do ATP-IINFOC-TB para a validação semântica. Brasil, 2016.

Item	Ação
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.	Alterado
2 A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi discutida entre os profissionais/equipe que atuam com a tuberculose na unidade de saúde.	Alterado
3 A população participou da discussão da implantação do TDO.	Alterado
4 No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.	Alterado
5 Na implantação do TDO não se levaram em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.	Forma negativa alterada para afirmativa
6 A coordenação do PCT utilizou estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.	Alterado
7 A linguagem utilizada pela Coordenação do PCT foi clara, concisa, envolvente e de fácil entendimento, durante a implantação do TDO.	Alterado
8 Para a implantação do TDO foram utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	Alterado
9 As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
10 Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.	Forma negativa alterada para afirmativa
11 Na minha unidade de saúde eu tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	Alterado
12 Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).	Forma negativa alterada para afirmativa
13 Compreendo as diretrizes do TDO.	Sem alteração
14 Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
15 Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.	Sem alteração
16 Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.	Sem alteração
17 Na minha unidade de saúde, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	Alterado
18 A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa

Item	Ação
19 Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o TDO.	Alterado
20 A unidade de saúde não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.	Alterado
21 Nas reuniões de equipe da minha unidade de saúde, os profissionais não discutem casos clínicos de doentes em TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
22 A equipe da minha unidade de saúde reconhece a importância do TDO.	Alterado
23 O sucesso do TDO envolve diferentes ações e/ou fatores além dos existentes na minha prática profissional.	Alterado
24 A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).	Eliminado
25 Os materiais educativos da minha unidade norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	Alterado
26 A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.	Alterado
27 A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.	Alterado
28 O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.	Forma negativa alterada para afirmativa
29 O doente de tuberculose não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.	Eliminado
30 Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual para cada doente em TDO.	Alterado
31 Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.	Forma negativa alterada para afirmativa
32 O doente de tuberculose tem autonomia para decidir se quer participar ou não do TDO.	Sem alteração
33 O doente de tuberculose não tem autonomia para escolher a modalidade de supervisão do TDO (compartilhada, auto-administrada e supervisionada).	Forma negativa alterada para afirmativa
34 Considero que o TDO é inovador para o controle da tuberculose.	Sem alteração
35 Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.	Alterado
36 Na minha unidade de saúde a expansão do TDO não é discutida pela equipe.	Alterado
37 Com a introdução do TDO não houve mudanças na minha prática profissional.	Forma negativa alterada para afirmativa
38 A minha unidade de saúde introduziu/criou novos instrumentos para o monitoramento e controle do TDO.	Alterado
39 Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale-leite, entre outros).	Alterado
40 Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.	Forma negativa alterada para afirmativa
41 Na minha unidade de saúde os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO (grupos de apoio, grupos de autoajuda, líderes de bairro, igreja, associação de moradores).	Alterado
42 Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.	Forma negativa alterada para afirmativa
43 Na minha unidade de saúde o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.	Alterado
44 Na minha unidade de saúde não desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).	Forma negativa alterada para afirmativa

Item	Ação
45 Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.	Sem alteração
46 Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de tuberculose em TDO.	Sem alteração
47 Na minha unidade de saúde, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.	Alterado
48 Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO.	Alterado
49 Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.	Forma negativa alterada para afirmativa

O Quadro 6, por sua vez, apresenta a organização das contribuições fornecidas pelos participantes da fase de validação semântica segundo três categorias: “Dificuldade de compreensão”, “Redação na forma negativa” e “Propostas de reestruturação”.

Item	Dificuldade de compreensão
9	As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.
12	Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).
24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).
28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.
42	Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.
Item	Redação na forma negativa
5	Na implantação do TDO não se levou em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.
9	As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.
10	Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.
12	Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).
14	Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.
15	Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.
24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).
28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.
29	O doente em TB não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.

30	Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual para cada doente em TDO.
31	Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.
40	Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.
42	Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.
Item	Propostas de Reestruturação
1	A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.
4	No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.
6	A coordenação do PCT utilizou de estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.
18	A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.
24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).
26	A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.
35	Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.
39	Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale leite, entre outros).
44	Na minha unidade de saúde não desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).
49	Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.

Quadro 6 – Itens contidos no instrumento primário distribuídos segundo categorias: “Dificuldade na compreensão”, “Redação na forma negativa”, e “Propostas de reestruturação”.

Com base nas sugestões fornecidas pelos participantes, pode-se identificar que a validação semântica contribuiu em três dimensões: na modificação da escala utilizada, na mudança de alguns itens do instrumento, que passaram da forma negativa para a afirmativa, bem como na adequação das terminologias utilizadas para outras de mais fácil compreensão, tornando-o mais acessível a profissionais com diferentes níveis de formação. Dessa forma, o instrumento ATP-IINFOC-TB, que continha 49 itens em sua versão primária, após a etapa de validação semântica

passou a ter 47 itens (12 na dimensão Informação, 11 na dimensão Conhecimento e 24 na dimensão Inovação) (APÊNDICE III).

Com base nos resultados apresentados, pode se concluir que a fase de validação semântica do ATP-IINFOC-TB demonstrou a importância dos itens contidos no instrumento para a avaliação da transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB, tendo contribuído também na identificação e adequação destes, aumentando assim a confiabilidade do instrumento e permitindo que se parta para a Análise Fatorial Exploratória (PASQUALI, 2009; FEGADOLLI et al., 2010; DISABKIDS, 2012).

Um fator relevante na fase de validação semântica foi a dificuldade dos entrevistados de compreender e, conseqüentemente, responder os itens redigidos na forma negativa. O mesmo ocorreu em outros estudos, quando os respectivos instrumentos desenvolvidos foram aplicados às populações-alvo (LOBÃO; MENEZES, 2012; KORITAR; PHILIPPI; ALVARENGA; SANTOS, 2014). Tal dificuldade pode ser proveniente da falta de familiaridade com esse tipo de item, que exige um mecanismo de interpretação diferente daquele empregado para compreender as frases na forma afirmativa (LOBÃO; MENEZES, 2012). Entretanto, apesar das dificuldades de interpretação, tais sugestões não foram incorporadas em sua totalidade ao instrumento, dado que a inclusão de itens na forma negativa é uma estratégia utilizada no desenvolvimento de escalas, com o intuito de garantir que os respondentes mantenham-se atentos aos itens (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010).

A validação semântica permitiu, além da readequação do instrumento de coleta de dados, identificar a fragilidade na percepção dos profissionais em relação às diretrizes disponibilizadas pela OMS e incorporadas à realidade local pelo Ministério da Saúde brasileiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Esse desconhecimento foi evidenciado pelo fato de os profissionais não terem considerado como importantes itens sobre participação popular, características do território e sobre sua própria motivação em buscar informações relacionadas ao TDO em outras fontes além daquelas disponíveis no local de trabalho, sendo estes componentes presentes tanto nas políticas de controle da TB presentes no país, quanto nos princípios organizativos do SUS, ao se ter como foco a participação popular, fortalecida pela lei nº 8142/1990, e a regionalização, princípio que para ser atendido depende de conhecimento do

território por aqueles que atuam nos serviços que compõem a rede de atenção do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2009b)

Além da fragilidade na percepção dos profissionais em relação às diretrizes voltadas às ações de controle da TB, o instrumento mostrou-se apto a capturar potencialidades e fragilidades relacionadas às ações de educação permanente, bem como à falta de recursos humanos, fator que incide diretamente na qualidade e efetividade das ações de controle da TB (MONROE et al., 2008; SANTOS et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2011; BRASIL, 2011a; CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012; SÁ et al., 2013). Dessa forma, os resultados relacionados à validação semântica indicam que, além de analisar a transferência do TDO propriamente dita, o ATP-IINFOC-TB pode identificar aspectos passíveis de intervenção por gestores para o aperfeiçoamento das ações de controle da TB em âmbito nacional.

7.2 Estudo de campo

7.2.1 Primeira fase do estudo de campo

7.2.1.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados

A primeira fase do estudo de campo contou com a participação de 101 profissionais de saúde de nível médio e superior. As características sociodemográficas “idade” e “tempo de atuação” serão apresentadas por meio da tabela a seguir (Tabela 9):

Tabela 9 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da primeira fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB, segundo as variáveis idade e tempo de atuação. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas	$\bar{x}$	Md	Dp	Mín	Máx
Idade	43,3	43	9,6	26	71
Tempo de atuação	10,6	9	8,1	1	35

A seguir, serão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes da primeira fase do estudo de campo segundo as variáveis passíveis de análise por frequência simples (sexo e profissão) (Tabela 10):

Tabela 10 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde entrevistados, segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas		Frequência	Frequência acumulada	%	% acumulado
Sexo n=101	Feminino	83	83	82,2	82,2
	Masculino	18	101	17,8	100
Categoria profissional n=101	Médico	23	23	22,8	22,8
	Enfermeiro	33	56	32,7	55,5
	Aux./ Téc. Enfermagem	45	101	44,5	100

As tabelas acima apresentadas demonstram que a média de idade dos participantes foi de 43,3 anos, com mediana de 43 anos e desvio padrão de $\pm 9,6$ anos, sendo a idade mínima de 26 anos, e a máxima, de 71 anos. Em relação ao tempo de atuação, a média foi de 10,5 anos, com mediana de 9 anos, desvio padrão de $\pm 8,1$ anos, tendo como tempo mínimo 1 ano de atuação e, o máximo, de 35 anos. Em relação ao sexo, houve um predomínio de participação de profissionais do sexo feminino (83 dos 101 entrevistados – 82,2%). Quanto a categoria profissional, a maioria dos entrevistados pertenciam à equipe de enfermagem (78 dos 101 entrevistados – 77,2%), sendo que destes, 33 eram enfermeiros e 45 profissionais de nível médio em enfermagem (auxiliares/técnicos).

Assim como na fase em que foi realizada a validação semântica, as informações sociodemográficas dos participantes dessa primeira fase do estudo de campo revela que os profissionais entrevistados possuíam tempo de atuação que lhes permitia uma boa vivência com as ações de controle da TB, além de apresentar uma média de idade que os enquadra na população economicamente ativa, composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade (IBGE, 2016).

Em relação à variável sexo, novamente foi observada a predominância de profissionais mulheres, corroborando os achados da OMS (2008) e com o estudo de Machado; Vieira; Oliveira (2012).

7.2.1.2 Avaliação das propriedades psicométricas do ATP-IINFOC-TB

7.2.1.2.1 Análise do efeito *floor and ceiling*

Os dados da primeira fase do estudo de campo foram analisados quanto à presença dos efeitos *floor and ceiling*, voltados à validade de conteúdo de instrumentos de pesquisa (TERWEE et al., 2007). A Tabela 11 mostra o percentual de respostas concentradas nos valores mínimo (0%) e máximo (100%) do instrumento ATP-IINFOC-TB para cada uma das dimensões (“Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”).

Tabela 11 – Valores mínimo e máximo dos escores das dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e efeitos *floor and ceiling*. Brasil, 2016.

Dimensão	Mín (0%)	Máx (100%)	% <i>floor</i>	% <i>ceiling</i>
Informação	1,0	5,0	0	2,0
Conhecimento	1,0	5,0	0	1,0
Inovação	1,0	5,0	0	0
Total	1,0	5,0	0	0

Ao tomar enquanto parâmetro de análise do efeito *floor and ceiling* aquele adotado por Mc Horney; Tarlov (1995), de que o efeito acontece quando ocorre a concentração de mais de 15% dos itens nas respostas com menor escore possível (1) ou a concentração de mais de 15% das respostas no maior escore possível (5), é possível concluir que o instrumento ATP-IINFOC-TB, na primeira fase do estudo de campo, não possui efeito *floor and ceiling*, ou seja não existe prejuízo na responsividade do instrumento.

7.2.1.2.2 Análise Fatorial Exploratória – diminuição de itens do ATP-IINFOC-TB

A Análise Fatorial Exploratória consiste em uma técnica de validação psicométrica, que busca descrever e sumarizar dados ao agrupar variáveis que são

correlacionadas (TABACHNICK; FIDELL, 2001). A primeira fase do estudo de campo, com a participação de 101 profissionais de saúde de nível médio e superior, originou os seguintes resultados, apresentados por meio da Tabela 12:

Tabela 12 – Análise Fatorial Exploratória (Rotação Varimax): itens mantidos no ATP-IIINFOC-TB, segundo dimensão. Brasil, 2016.

<i>Item</i>	<i>Dimensão</i>		
	Informação	Conhecimento	Inovação
-			
1	.690	,179	-,024
2	.461	,293	,307
3	,268	.400	-,203
4	-,372	,034	-,447
6	.686	,324	-,156
7	.516	,129	,261
8	.419	,239	-,250
9	,356	.378	,059
11	.548	,229	,223
13	,415	-,153	.555
14	,391	-,057	.555
15	,005	-,154	-,677
17	.575	-,196	,057
18	.535	,219	-,033
19	.541	-,184	,116
20	-,220	-,078	-,445
21	,189	.533	,141
22	,139	,267	.335
23	-,144	,387	.406
24	.534	,329	,002
25	.561	-,150	-,194
26	.374	,272	-,029
27	-,328	,154	.552
28	-,004	.591	,360
29	-,028	.750	,218
30	-,007	.534	-,130
31	-,004	.595	-,187
33	-,008	,029	.375
36	,204	.419	,237
37	.421	,033	,116
38	,277	.550	,093
39	,014	.637	-,064
40	.533	,129	,274
41	,315	.425	,07
42	,006	.641	,299
43	.487	,232	,032
45	.559	-,020	,042
46	-,162	,152	.630
47	,281	,237	.344

Obedecendo ao critério de exclusão dos itens que tivessem carga fatorial $\geq 0,30$, conforme proposto por Pasquali (2001), dos 47 itens inicialmente propostos, submetidos à AFE, distribuídos segundo as três dimensões propostas para o instrumento (Informação, Conhecimento e Inovação), foram retirados 8 itens, que serão apresentados na Tabela 13:

Tabela 13 – Descrição dos itens retirados do ATP-IINFOC-TB após a realização da Análise Fatorial Exploratória, segundo número e dimensão. Brasil, 2016.

Dimensão	Número	Descrição dos itens
Informação	5	As ações relacionadas ao TDO são baseadas nas características do território e dos recursos disponíveis na unidade de saúde em que atuo.
	10	Antes de trabalhar com o TDO eu já tinha informações/experiências prévias relacionadas a esse tema.
	12	Busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).
Conhecimento	16	Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.
Inovação	32	Considero que o TDO é inovador para o controle da TB.
	34	Na unidade de saúde em que trabalho, a expansão do TDO não é discutida pela equipe.
	35	Com a introdução do TDO houve mudanças na minha prática profissional.
	44	Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO.

Com base na tabela acima, identificou-se que foram retirados 3 itens da dimensão “Informação”, o que reduziu o número de itens de 12 para 9 (redução de 25%), 1 item na dimensão “Conhecimento”, a qual passou de 11 para 10 itens (redução de 9%), e a dimensão “Inovação”, teve o número de itens reduzido de 24 para 20 (redução de 17%), o que indica que foram mantidos 39 itens no instrumento, ou seja, ocorreu a redução de 17% dos itens presentes na versão anterior.

Em linhas gerais, os itens versavam sobre o planejamento de ações segundo características do território e recursos presentes na unidade, a presença de informações prévias sobre a temática do TDO, a busca por informações sobre o

TDO em outras fontes, a necessidade de seguir o TDO devido à exigência da unidade de atuação, o TDO enquanto prática inovadora para o controle da TB, a ausência de discussões sobre a expansão do TDO no serviço de saúde, a ocorrência de mudanças devido à introdução do TDO na prática cotidiana e, por fim, a dificuldade em trabalhar com os doentes em TDO para a TB.

Dois dos itens retirados do ATP-IINFOC-TB nessa etapa também foram considerados como não relevantes pelos respondentes na etapa de validação semântica. O primeiro deles foi o item 5 – “As ações relacionadas ao TDO não são baseadas nas características do território e dos recursos disponíveis na unidade de saúde em que atuo”, o que reflete que esse item não é contribuiu para avaliar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB, reforçando a fragilidade na compreensão dos profissionais acerca de um princípio organizativo do SUS: o da regionalização e o da intersetorialidade das ações em saúde, processo no qual o reconhecimento das características do território em que se atua é de grande importância para o oferecimento de uma assistência adequada e resolutiva, o que se aplicaria também às ações de controle da TB (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2009).

Outro item, que também referido como não relevante na fase de validação semântica, e recebeu um escore $<0,30$ na Análise Fatorial Exploratória, foi o item 12 – “Busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros)”, o qual possui relação com o item 10 – “Antes de trabalhar com o TDO eu já tinha informações/experiências prévias relacionadas a esse tema”. Apesar de não parecer contribuir com a avaliação da transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB, que é o que o ATP-IINFOC-TB propõe, ambos os itens podem ser relacionados ao processo de aprendizado dos profissionais em saúde, o qual é contínuo e pode contar com a experiência prévia enquanto ponto disparador, e ser constantemente atualizado pela busca por informações em meios complementares àqueles disponibilizados pelos gestores e também pelos serviços de saúde. Destaca-se aqui que um dos eixos de atuação do Ministério da Saúde é o incentivo à sensibilização dos profissionais que integram o SUS, buscando aumentar o conhecimento e qualificar as ações de controle da TB, tornando imprescindível a qualificação gerencial, organizativa e técnico-assistencial dos profissionais que atuam nesse contexto (BRASIL, 2011a; MONROE et al., 2008).

Em relação ao item 16 – “Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde”, é sabido que o TDO e suas diretrizes são embasadas pelas publicações da OMS, as quais são adaptadas pelo Ministério da Saúde para as especificidades do cenário. Do âmbito central da gestão (lê-se Ministério da Saúde), a política é transferida para a esfera estadual, e a transferência dessa política segue um percurso que chega à gestão municipal, que sendo responsável pela execução de ações como o controle da TB, coloca em prática essa ação por meio dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde. Dessa forma, os profissionais entrevistados podem ter interpretado corretamente que seguir as diretrizes do TDO não é uma exigência apenas da unidade de saúde em que atua, mas sim uma exigência da gestão municipal, que busca implementar as recomendações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a).

Quanto ao item 32 – “Considero que o TDO é inovador para o controle da TB”, também excluído na fase de Análise Fatorial Exploratória por apresentar escore $<0,30$, pode se justificar sua retirada pelo fato de o TDO ser uma prática que começou a ser realizada no cenário brasileiro no ano de 1998, quando da publicação do primeiro PNCT (BRASIL, 1998) e que, portanto, é do conhecimento e vem sendo executada pelos profissionais de nível médio e superior há pelo menos 18 anos, sendo que o mesmo pode se aplicar ao item 35 – “Com a introdução do TDO houve mudanças na minha prática profissional”. Dessa forma, o TDO não seria uma ação a ser considerada como inovadora para o controle da TB, mas sim os ajustes voltados à vigilância em saúde no cotidiano de trabalho.

Já em relação ao item 34 – “Na unidade de saúde em que trabalho, a expansão do TDO não é discutida pela equipe”, este também apresentou um escore $<0,30$. A exclusão desse item pode ter ocorrido devido à heterogeneidade dos cenários estudados. Em Ribeirão Preto, por exemplo, o Plano Municipal de Saúde, do período 2010-2013, preconizava a cobertura do TDO para 100% dos pacientes em tratamento, o que pode ter contribuído para o alcance de meta proposta para o controle da doença, que foi de 85,2% para o ano de 2013, onde as ações de controle da doença são centralizadas em ambulatórios especializados (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2009; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014). Em outros municípios, como Manaus, João Pessoa e Indaiatuba, por exemplo, identificou-se, no período de coleta de

dados, que as ações de controle da TB eram descentralizadas em serviços como Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, onde a diversidade de problemas de saúde atendidos e a falta de recursos humanos podem dificultar as discussões em relação a expansão e também à própria execução dessa prática (TRIGUEIRO et al., 2011; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Por fim, ao identificar que o item 44 – “Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO”, também recebeu um escore $<0,30$, pode se inferir que realizar o TDO junto às pessoas acometidas pela TB é uma prática complexa, mas que se assemelha com o que é realizado no cotidiano de trabalho na assistência a usuários que possuem outras enfermidades crônicas, situação na qual se torna necessário, por exemplo, realizar uma escuta qualificada e estabelecer um vínculo profissional-usuário-família para promover a adesão ao tratamento. Tendo em vista que, apesar de sua complexidade, essa é uma política transversal, preconizada pela Política Nacional de Humanização desde 2004, ofertar uma atenção adequada, humanizada e voltada às necessidades do usuário pode não representar, segundo o ponto de vista dos profissionais entrevistados, uma dificuldade (BRASIL, 2004; SÁ et al., 2007; GOMES; SÁ, 2009).

7.2.1.2.3 Fidedignidade do ATP-IINFOC-TB – consistência interna dos itens

A fidedignidade consiste em uma importante propriedade psicométrica e se refere ao quão consistente, exato e estável é um instrumento, sendo a propriedade que garante que o instrumento mede o objeto ao qual se propõe (nesse caso a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB), de forma reproduzível (MOTA; PIMENTA, 2007). Para a primeira fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB, foram calculados o Alfa de Cronbach para o agrupamento proposto pela Análise Fatorial Exploratória e também para o agrupamento proposto pelo grupo de pesquisa, conforme apresentado pela Tabela 14:

Tabela 14 – Análise comparativa do Alfa de Cronbach segundo agrupamento proposto pela AFE e agrupamento proposto pelo grupo de pesquisa. Brasil, 2014.

Dimensão	Agrupamento proposto pela AFE	α	Agrupamento proposto pelo grupo de pesquisa	A
Informação (F1)	[1, 2, 6, 7, 8, 11, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 37, 40, 43, 45]	0,856	[1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11]	0,819
Conhecimento (F2)	[3, 9, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39, 41, 42]	0,837	[13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]	0,645
Inovação (F3)	[4, 13, 14, 15, 20, 22, 27, 33, 46, 47]	0,685	[24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47]	0,801
α total		0,872		0,872

Ao adotar como critério aceitável para a estatística Alfa de Cronbach resultados superiores a 0,70 (TERWEE et al., 2007), temos que a análise do agrupamento proposto pela Análise Fatorial Exploratória revela um prejuízo na consistência interna da dimensão “Inovação”, na qual foi identificado um alfa de 0,685, ao passo que a manutenção do agrupamento dos itens segundo o que foi proposto pelo grupo de pesquisa revelou um prejuízo na consistência interna da dimensão “Conhecimento”, que apresentou um alfa de Cronbach de 0,645. Como o não houve diferença expressiva do alfa de Cronbach das dimensões a depender da alocação dos itens nas mesmas, optou-se pela manutenção dos itens no instrumento conforme aquilo que foi proposto pelo grupo de pesquisa.

7.3 Segunda fase do estudo de campo

7.3.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados

A segunda fase do estudo de campo contou com a participação de 401 profissionais de saúde de nível médio e superior. As características sociodemográficas destes serão apresentadas por meio da Tabela 15:

Tabela 15 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB segundo as variáveis idade e tempo de atuação. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas	$\bar{x}$	Md	S	Mín	Máx
Idade	43,17	43	10,44	24	69
Tempo de atuação como profissional de saúde	11,73	10	9,09	1	40

A seguir, serão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes da primeira fase do estudo de campo segundo as variáveis passíveis de análise por frequência simples (sexo e profissão) (Tabela 16):

Tabela 16 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde participantes da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB segundo as variáveis sexo e categoria profissional. Brasil, 2016.

Características sociodemográficas		Frequência	Frequência acumulada	%	% acumulada
Sexo N=101	Feminino	334	334	83,3	83,3
	Masculino	67	401	16,7	100
Categoria profissional n=401	Médico	130	130	32,4	32,4
	Enfermeiro	128	258	31,9	64,3
	Aux./Téc.	143	401	35,7	100
	Enfermagem				

A análise das informações sociodemográficas dos 401 entrevistados na segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB demonstra que os profissionais de saúde possuíam, em média, 43,2 anos de idade, mediana de 43 anos e desvio padrão de $\pm 10,4$ anos, sendo a idade mínima de 24 anos e a idade máxima de 69 anos. Em relação ao tempo de atuação como profissional de saúde, a média foi de 11,7 anos, com mediana de 10 anos e desvio padrão de $\pm 9,1$ anos, com tempo mínimo de 1 ano de atuação e máximo de 40 anos. Quanto às característica sociodemográfica sexo, a maioria dos participantes eram do sexo feminino – 334 (83,3%). Quanto à categoria profissional, o estudo contou com a participação de 271 (76,7%) profissionais de enfermagem, sendo 128 (31,9%) enfermeiros e 143 (35,7%), profissionais de nível médio em enfermagem.

Assim como nas etapas anteriores (validação semântica e primeira fase do estudo de campo), as informações sociodemográficas dos participantes da segunda fase do estudo de campo revelam que os profissionais entrevistados possuíam tempo de atuação que lhes permitia uma boa vivência com as ações de controle da TB, também apresentando uma média de idade que os enquadra na população economicamente ativa, composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade (IBGE, 2016).

Ao se tratar da variável sexo, novamente foi observada a predominância de profissionais mulheres, o que reforça os achados das fases anteriores e condiz com o estudo realizado pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) e com o estudo de Machado; Vieira; Oliveira (2012).

7.3.2 Estatística descritiva da segunda fase do estudo de campo do ATP-IINFOC-TB

Tabela 17 – Valores padronizados da média aritmética, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para os escores resultantes das respostas ao instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.

Dimensão	$\bar{x}$	Md	S	Mín	Máx
Informação	65,3	66,7	20,3	0	100
Conhecimento	75,6	77,5	14,5	20	100
Inovação	58,8	58,8	17,5	2,5	96,3
Total	60,0	60,3	14,7	1,3	89,7

Tendo como foco a estatística descritiva do instrumento ATP-IINFOC-TB, a dimensão “Informação” apresentou média padronizada de 65,3, mediana de 66,7, desvio padrão de $\pm 20,3$, com o mínimo de 0 e o máximo de 100. A dimensão “Conhecimento”, por sua vez, apresentou média padronizada de 75,6, mediana de 77,5, desvio padrão de $\pm 14,5$, mínimo de 2 e máximo de 100. A terceira dimensão do instrumento, intitulada “Inovação”, teve a menor média padronizada (58,8), com mediana de 58,8, desvio padrão de $\pm 17,5$, mínimo de 2,5 e máximo de 96,3. Em relação ao instrumento como um todo, ao analisar os valores padronizados, observou-se média padronizada de 60, mediana de 60,3, desvio padrão de $\pm 14,7$, mínimo de 3 e máximo de 89,7.

7.3.3 Avaliação das propriedades psicométricas do ATP-IINFOC-TB

7.3.3.1 Análise do efeito *floor and ceiling*

Assim como na primeira fase do estudo de campo, a segunda fase iniciará a análise das propriedades psicométricas do ATP-IINFOC-TB por meio da validade de conteúdo de instrumento de pesquisa, seguindo a proposta de Terwee et al., 2007. Nesse momento, serão apresentados os percentuais de respostas que se concentraram nos valores mínimo (0%) e máximo (100%) para as dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”, bem como para o instrumento em geral (Tabela 18):

Tabela 18 – Valores mínimo e máximo dos escores das dimensões do instrumento ATP-IINFOC-TB e efeitos *floor and ceiling*. Brasil, 2016.

Dimensão	Mín (0%)	Máx (100%)	% <i>floor</i>	% <i>ceiling</i>
Informação	1,0	5,0	0,2	1,0
Conhecimento	1,0	5,0	0	1,0
Inovação	1,0	5,0	0	0
Total	1,0	5,0	0	0

Ao proceder a análise do efeito *floor and ceiling* do ATP-IINFOC-TB, na segunda fase do estudo de campo, evidenciou-se que o mesmo não se aplica, ou seja, não ocorreu a concentração de mais de 15% das respostas no menor escore possível (0%), ou a concentração de mais de 15% das respostas no maior escore possível (100%) (MC HORNEY; TARLOV, 1995), resultado que permite concluir que não existe prejuízo na responsividade do instrumento.

7.3.3.2 Validade de construto convergente e discriminante

A análise de construto convergente do instrumento ATP-IINFOC-TB foi realizada por meio da análise Multitraço-Multimétodo, por meio do *Multitrait Analysis Program*, com o intuito de analisar o quanto os itens se relacionam entre si. A seguir, é apresentada a tabela 19, que traz os valores do coeficiente de correlação linear de Pearson (r) entre os itens e em cada dimensão do ATP-IINFOC-TB.

Tabela 19 – Valores do coeficiente de correlação linear de Pearson (r) entre os itens e em cada uma das dimensões do ATP-IINFOC-TB, obtidos por meio da análise multitraço-multimétodo, para profissionais de saúde de nível médio e superior. Brasil, 2016.

Item	Dimensão			ATP-IINFOC-TB
	Informação	Conhecimento	Inovação	Total
1	0,49*	0,34	0,44	0,49
2	0,60*	0,47	0,56	0,63
3	0,28*	0,20	0,26	0,29
4	0,24*	0,09	0,06	0,13
5	0,58*	0,35	0,37	0,47
6	0,54*	0,40	0,30	0,44
7	0,60*	0,46	0,45	0,56
8	0,55*	0,49	0,49	0,58
9	0,49*	0,41	0,43	0,51
10	0,42	0,58*	0,43	0,52
11	0,37	0,59*	0,42	0,50
12	0,05	0,23*	0,10	0,13
13	0,10	0,17*	0,26	0,23
14	0,53	0,29*	0,45	0,51
15	0,25	0,23*	0,19	0,24
16	0,16	0,18*	0,10	0,15
17	0,43	0,29*	0,45	0,48
18	0,39	0,47*	0,52	0,54
19	-0,02	-0,01*	0,15	0,08
20	0,41	0,34	0,45*	0,48
21	0,20	0,20	0,21*	0,24
22	0,17	0,26	0,25*	0,26
23	0,20	0,26	0,29*	0,30
24	0,37	0,37	0,52*	0,51
25	0,32	0,26	0,48*	0,45
26	0,06	0,08	0,25*	0,18
27	0,09	0,20	0,24*	0,22
28	0,28	0,38	0,52*	0,49
29	0,31	0,30	0,47*	0,44
30	0,22	0,31	0,36*	0,36
31	0,30	0,34	0,48*	0,46
32	0,37	0,27	0,40*	0,42
33	0,42	0,51	0,52*	0,57
34	0,35	0,38	0,52*	0,51
35	0,40	0,40	0,50*	0,52
36	0,38	0,47	0,45*	0,50
37	0,47	0,36	0,42*	0,48
38	0,31	0,41	0,43*	0,45
39	0,33	0,40	0,48*	0,49

*0,01 < p ≤ 0,05

Para a validade convergente do instrumento ATP-IINFOC-TB considerou-se como satisfatórios os coeficientes de correlação linear de Pearson (r) acima de 0,40 adotado para estudos finais de validação (FAYERS; MACHIN, 2007). Esse critério foi atendido por 7 dos 9 itens da dimensão “Informação”, 3 dos 10 itens da dimensão “Conhecimento” e para 14 dos 20 itens da dimensão “Inovação”. Por meio dessa avaliação, pode se identificar que a dimensão “Conhecimento” tem uma baixa correlação com os itens que a compõe, o que vem a confirmar uma fragilidade já identificada no alfa de Cronbach calculado na primeira fase do estudo de campo. Para o instrumento como um todo, dos 39 itens, 26 alcançaram o valor de $r > 0,40$.

Em relação à validade discriminante, por meio da qual se busca distinguir fenômenos opostos, distintos ou independentes, esperando por uma correlação negativa ou não correlação, os resultados são apresentados por meio da Tabela 20:

Tabela 20 – Valores do ajuste, segundo análise multitraço-multimétodo, para o ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.

Dimensão	-2 (nº itens/ %)	-1 (nº itens/ %)	1 (nº itens/ %)	2 (nº itens/ %)	Ajuste (1+2) (nº itens/ %)
Informação	0 (0)	0 (0)	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100)
Conhecimento	5 (25)	4 (20)	5 (25)	6 (30)	11 (55)
Inovação	0 (0)	3 (7,5)	14 (35)	23 (57,5)	37 (92,5)
Total	5 (6,4)	7 (9,0)	14 (35)	23 (57,5)	66 (84,6)

Onde:

-2: correlação entre item e dimensão a que pertence é significativamente menor que sua correlação com a dimensão a que não pertence;

-1: correlação entre item e dimensão a que pertence é menor que sua correlação com a dimensão a que não pertence;

2: correlação entre item e dimensão a que pertence é significativamente maior que sua correlação com a dimensão a que não pertence;

1: correlação entre item e dimensão a que pertence é maior que sua correlação com a dimensão a que não pertence.

Adotando o critério no qual valores $>75\%$ de ajuste são considerados como adequados (DEON, 2013), a análise da validade discriminante do ATP-IINFOC-TB

revela que os níveis são satisfatórios para a dimensão “Informação”, para a qual foi identificado um ajuste de 100% e também para a dimensão “Inovação”, na qual o ajuste identificado foi de 92,5%. Já em relação à dimensão “Conhecimento”, foi identificado um ajuste de 55%, considerado como insatisfatório, reforçando a fragilidade na correlação dessa dimensão com os itens que a compõe. Apesar do baixo valor de ajuste identificado para a dimensão “Conhecimento”, o instrumento como um todo apresentou um nível de ajuste satisfatório, de 84,6%.

7.3.3.3 Fidedignidade do instrumento ATP-IINFOC-TB – consistência interna e reprodutibilidade

A consistência interna consiste em um atributo relacionado à fidedignidade de um instrumento de pesquisa, que de modo geral é determinada pela estatística alfa de Cronbach (NUNES, 2014). Os valores calculados para o ATP-IINFOC-TB como um todo e suas três dimensões (“Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”) são apresentados na Tabela 21:

Tabela 21 – Valores do alfa de Cronbach para cada dimensão do instrumento ATP-IIINFOC-TB e quando o item é excluído. Brasil, 2016.

Dimensão	Item	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Alfa da dimensão
Informação	1	0,75	0,77
	2	0,74	
	3	0,78	
	4	0,79	
	5	0,74	
	6	0,75	
	7	0,73	
	8	0,74	
	9	0,75	
Conhecimento	10	0,53	0,61
	11	0,53	
	12	0,60	
	13	0,62	
	14	0,58	
	15	0,61	
	16	0,61	
	17	0,59	
	18	0,55	
	19	0,64	
Inovação	20	0,81	0,83
	21	0,83	
	22	0,83	
	23	0,82	
	24	0,81	
	25	0,81	
	26	0,83	
	27	0,83	
	28	0,82	
	29	0,81	
	30	0,82	
	31	0,81	
	32	0,82	
	33	0,81	
	34	0,81	
	35	0,81	
	36	0,82	
	37	0,82	
	38	0,82	
	39	0,82	

Ao analisar a consistência interna do ATP-IINFOC-TB na segunda fase do estudo de campo, foi identificado o alfa de Cronbach de 0,77 para a dimensão “Informação”, 0,61 para a dimensão “Conhecimento” e 0,83 para a dimensão “Inovação”. Para o instrumento como um todo, o alfa de Cronbach foi de 0,89. Segundo Terwee et al. (2007), os índices considerados como aceitáveis são aqueles acima de 0,70, o que permite inferir que as dimensões “Informação” e “Inovação” possuem boa fidedignidade, bem como o instrumento como um todo. A dimensão “Conhecimento”, por sua vez, tem sua fidedignidade comprometida por apresentar resultado abaixo de 0,70, reforçando a fragilidade já encontrada no alfa de Cronbach dessa dimensão na primeira fase do estudo de campo e também na análise da validade convergente e discriminante.

Ao analisar a influência da retirada dos itens para o aumento do valor do alfa de Cronbach, na dimensão “Inovação”, se o item 3 – “A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho” fosse excluído, o alfa aumentaria de 0,77 para 0,78, e caso o item 4 – “Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho” fosse excluído, o alfa aumentaria de 0,77 para 0,79. Na dimensão “Conhecimento”, a retirada do item 13 – “Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples” ocasionaria um aumento no valor do alfa, que iria de 0,61 para 0,62, e a retirada do item 19 – “Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde”, elevaria o alfa da dimensão para 0,64. Na dimensão “Inovação”, e retirada dos itens ocasionaria a diminuição do valor do alfa de Cronbach, ou a manutenção deste em 0,83, o que ocorreria caso fossem retirados os itens 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”, 26 – “O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO” e 27 – “O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado)”. Tendo em vista que a retirada dos itens destacados promoveria uma baixa contribuição em relação ao aumento do alfa de Cronbach das dimensões, optou-se pela manutenção de todos os itens.

7.3.3.4 Análise Fatorial Confirmatória – analisando a validade de construto do ATP-IINFOC-TB

7.3.3.4.1 Critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett

Ao conseguir resultados satisfatórios na Análise Fatorial Exploratória, os dados obtidos na segunda fase do estudo de campo prosseguem para a Análise Fatorial Confirmatória, a qual busca analisar por meio do Modelo de Equações Estruturais a teoria de avaliação proposta (HAIR JR et al., 2009) – nesse caso, a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB por meio das dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”. Entretanto, antes de prosseguir para a realização da Análise Fatorial Confirmatória, cabe fazer dois testes: o KMO e o Teste de Esfericidade de Bartlett, que auxiliam na tomada de decisão para o prosseguimento da análise (GOUVEIA; MARTINEZ; MILFONT; MEIRA, 2001). Os testes apresentaram os resultados demonstrados pela Tabela 22:

Tabela 22 – Resultados dos testes KMO e Esfericidade de Bartlett calculados para o instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.

Teste	Resultado
KMO	0,849
Esfericidade de Bartlett	0,000

Ao adotar como critério de avaliação dos resultados dos testes o proposto por Scatena et al. (2015), pode se concluir que o valor do KMO atende àquilo que é preconizado, tendo em vista que o resultado do índice foi de 0,849 e o parâmetro visto como adequado é a obtenção de um valor $>0,50$.

O mesmo ocorre com o Teste de Esfericidade de Bartlett, visto que o valor resultante é $p=0,000$ ($\chi^2=5073,808$ e $gl=741$), e o preconizado como um bom resultado é $p<0,001$ (SCATENA et al., 2015). Hair Jr et al. (2009) ainda reforçam esse achado como positivo, haja vista que consideram o valor $p=0,000$ como um

grau significativo de inter-correlação. Esses resultados demonstram ser possível o prosseguimento da análise do ATP-IINFOC-TB por meio da Análise Fatorial Confirmatória.

7.3.3.4.2 Testes de ajuste do ATP-IINFOC-TB – *Comparative Fit Index (CFI)* e *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*

O CFI consiste em um dos testes mais utilizados para a análise de modelos teóricos. Trata-se de um índice de ajuste incremental, cujos valores variam entre 0 e 1, sendo que os valores mais altos indicam o melhor ajuste (ULLMAN, 2006). Em relação ao RMSEA, esse busca analisar o quão bem o modelo se ajusta a uma população, e não apenas a uma amostra utilizada para estimação, buscando corrigir a complexidade do modelo e tamanho amostral incluindo cada um desses dados na análise (HAIR JR et al., 2009). Os valores do CFI e do RMSEA são apresentados na Tabela 23:

Tabela 23 – Valores do CFI e RMSEA calculados para o instrumento ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2016.

Teste de ajuste	Resultado
CFI	0,576
RMSEA	0,088

Considera-se um CFI adequado aquele que apresenta valores acima de 0,90, e um bom valor para RMSEA é quando está abaixo de 0,10, valor esse adotado para a maioria dos modelos aceitáveis (HAIR JR et al., 2009). Hu & Bentler (1999), por sua vez, trazem que valores acima de 0,95 são indicativos de bom ajuste de modelo, e Brouwne & Cudeck (1993) corroboram com Hair Jr et al. (2009), ao considerarem que valores maiores que 0,10 para RMSEA são considerados como indicativos de baixo ajuste do modelo.

Dessa forma, os resultados aqui apresentados, demonstram um baixo CFI (tendo em vista que o valor apresentado pelo estudo é de 0,576, e o adequado seria

acima de 0,90), e um RMSEA de 0,088, que é maior do que o preconizado ($<0,07$) para um número maior do que 250 observações e 30 variáveis ou mais, ou seja, apesar do nível ser aceitável, evidencia uma fragilidade no RMSEA, o que reforça que o modelo proposto, por meio das dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação” não é o mais adequado para analisar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB segundo a perspectiva dos profissionais de saúde de nível médio e superior (HAIR JR et al., 2009).

7.3.3.4.3 Diagrama de caminhos – Modelagem de Equações Estruturais

Um diagrama de caminhos consiste na representação visual de um modelo – uma representação e operacionalização de uma teoria – e do conjunto completo de relações entre os construtos (dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”) do modelo de transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB. A construção de um diagrama de caminhos de um modelo de mensuração possui como princípios básicos: auxiliar a distinguir os indicadores para os construtos; os construtos são, normalmente, representados por elipses ou círculos, enquanto variáveis medidas são representadas por quadrados; as variáveis medidas são associadas com seus respectivos construtos por uma seta que parte dos construtos para a variável medida. Cabe ainda ressaltar que a correlação entre os construtos é representada por uma seta de dois sentidos (HAIR JR et al., 2009). O diagrama de caminhos do ATP-IINFOC-TB é apresentado a seguir, na figura 5:

Figura 5 – Diagrama de caminhos do ATP-IINFOC-TB. Brasil, 2015.

Por meio da análise do diagrama de caminhos, adotando o critério utilizado por Benck, Váldez e Tróccoli (2006) de 0,55, é possível identificar que a correlação entre as dimensões “Informação” e “Conhecimento” é baixa (0,45), o que também ocorre com a correlação entre as dimensões “Conhecimento” e “Inovação” (0,41), bem como com a correlação entre as dimensões “Informação” e “Inovação” (0,53), que foi a que mais se aproximou do nível considerado como significativo. Essas informações representam uma independência entre as três dimensões propostas para o ATP-IINFOC-TB.

Em relação à correlação da dimensão “Informação” com os seus itens, observou-se valores significativos ($>0,55$), para 7 dos 9 itens (1, 2, 5, 6, 7, 8 e 9). Na dimensão “Conhecimento”, foram observados valores significativos ($>0,55$) para apenas para 2 dos 10 itens (10 e 11). Por fim, na dimensão “Inovação”, observou-se

a presença de valores significativos ($>0,55$) para 14 dos 20 itens (20, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 e 39). Esses resultados refletem uma boa correlação das dimensões “Informação” e “Inovação” com os itens que as compõem, e uma baixa correlação da dimensão “Conhecimento” com os itens que representariam seus desdobramentos (BENCK et al., 2006).

Conclusões

8 CONCLUSÕES

O instrumento ATP-IINFOC-TB foi elaborado após aprofundamento dos aspectos conceituais relacionados à TP e revisão da literatura em bases de dados internacionais, que permitiram inferir o desdobramento da transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB segundo três dimensões: “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”.

O processo de validação do instrumento contou com a participação de 526 profissionais de saúde de nível médio e superior que executam ações de controle da doença em municípios localizados em 4 das 5 regiões do Brasil (Nordeste, Norte, Sudeste e Sul), sendo que 24 participaram da validação semântica, 101 participaram da primeira fase do estudo de campo e 401 participaram da segunda fase do estudo de campo, sendo que todas as amostras foram planejadas conforme recomendações de estudiosos da área.

A fase voltada à validação semântica permitiu adequar a terminologia utilizada no instrumento, bem como as opções de resposta presentes na escala de Likert proposta, o que fez com que o instrumento fosse compreensível para profissionais com diferentes níveis de formação (médio ou superior). Além disso, contribuiu com a retirada de dois itens, considerados como redundantes, permitindo ainda verificar a importância dos itens que compunham o ATP-IINFOC-TB para a prática profissional, processo que embasou a realização de ajustes que aumentassem a confiabilidade do instrumento.

Já a primeira fase do estudo de campo, voltada à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, demonstrou que as mesmas eram satisfatórias em relação a:

- Distribuição da frequência das respostas do ATP-IINFOC-TB sem efeito *floor and ceiling* para as dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação” – e para o instrumento como um todo;
- A Análise Fatorial Exploratória resultou na diminuição de 8 itens contidos no instrumento, permitindo assim que o mesmo captasse melhor a vivência dos profissionais de nível médio e superior sobre a transferência do TDO enquanto elemento da política de controle da TB;

- Foi detectada consistência interna no ATP-IINFOC-TB como um todo na versão elaborada pelo grupo de pesquisa, bem como para as dimensões “Informação” e “Inovação”, o que não se aplicou à dimensão “Conhecimento”, que recebeu um alfa de Cronbach abaixo do preconizado, revelando prejuízo em sua consistência interna.

Na segunda fase do estudo de campo, por sua vez, foram identificadas as seguintes propriedades psicométricas para o ATP-IINFOC-TB:

- As distribuições das frequências de respostas nas dimensões “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação” não apresentaram efeito *floor and ceiling*, o que também se aplica ao instrumento como um todo;
- A validade convergente foi satisfatória para as dimensões “Informação” e “Inovação”, bem como para o instrumento como um todo. Para a dimensão “Conhecimento”, a validade convergente foi considerada como insatisfatória, não tendo alcançado o valor preconizado para 8 dos 10 itens que a compõe;
- Em relação à validade discriminante, foram alcançados valores de ajuste adequados para as dimensões “Informação” e “Inovação”, e também para o instrumento como um todo, não tendo novamente a dimensão “Conhecimento” alcançado um valor de ajuste aceitável;
- Quanto à consistência interna do instrumento, novamente foram alcançados valores de alfa de Cronbach adequados para as dimensões “Informação” e “Inovação”, e também para o instrumento como um todo, o que não se aplicou à dimensão “Conhecimento”, que não atingiu o alfa de Cronbach preconizado;
- Os testes que permitem a continuidade da análise da validade do instrumento por meio da Análise Fatorial Confirmatória – KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett, apresentaram valores adequados;
- Os testes de ajuste do ATP-IINFOC-TB, CFI e RMSEA, foram considerados como inadequado e aceitável, respectivamente, o que indica fragilidade no modelo teórico proposto;

- O diagrama de caminhos voltado à análise da representação visual do modelo teórico evidenciou uma baixa correlação entre as dimensões “Inovação”, “Conhecimento” e “Inovação”, onde todas registraram valores abaixo do preconizado, o que representa uma relação de independência entre as dimensões propostas;
- A correlação dos itens com as respectivas dimensões a que pertencem foram boas para as dimensões “Informação” e “Inovação”, o que não ocorreu para a dimensão “Conhecimento”, que registrou correlação de apenas 2 dos 10 itens que a compõe.

O que se pode concluir por meio dos achados do processo de validação descrito nesse trabalho é que o instrumento ATP-IINFOC-TB é capaz de avaliar a transferência do TDO, enquanto componente da política de controle da TB segundo a perspectiva de profissionais de nível médio e superior que executam as ações de controle da doença, mas somente caso o instrumento seja unidimensional, e não tridimensional.

Para que se consiga avaliar a transferência do TDO de forma tridimensional, dois tipos de investimentos seriam necessários: ou a coleta de dados com uma amostra maior do que a utilizada (n=401 na segunda fase do estudo de campo), ou realizar um maior refinamento conceitual da teoria utilizada, em especial a teoria relacionada à dimensão “Conhecimento”, a qual deverá se apoiar em mais teorias, e passar pelas diferentes etapas do processo de validação de instrumentos de medida, para comprovar sua capacidade de mensurar a transferência do TDO como componente da política de controle da TB para os serviços de saúde.

Dessa forma, o presente trabalho tem como resultado um instrumento unidimensional, validado para a realidade brasileira e apto a avaliar a transferência do TDO para os serviços de saúde segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior.

Referências

REFERÊNCIAS

ALBAGLI, S.; MACIEL, M.L. Capital social e desenvolvimento local. In: LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J.E.; MACIEL, M.L. (Org.). **Pequena empresa: cooperação e desenvolvimento local**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003. p. 423-440.

ALBAGLI, S.; MACIEL, M.L. Informação e conhecimento na inovação e no desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 3, p. 9-16, 2004.

ALBUQUERQUE, F.J.B.; SOUSA, F.M.; MARTINS, C.R. Validação de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2010.

ALEXANDRE, N.M.; COLUCI, M.Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011.

ARMSTRONG, R.; WATERS, E.; ROBERTS, H.; OLIVER, S.; POPAY, J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. **Journal of Public Health**. Oxford, v. 28, n. 4, p. 384-9, 2006.

ARNADOTTIR, T. The Styblo model 20 years later: what holds true? **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 13, n. 6, p. 672-790, 2009b.

ARNADOTTIR, T. **Tuberculosis and Public Health: Policy and Principles in Tuberculosis Control**. Paris, França: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009a.

AZIMI, A.; FATTAHI, R.; ASADI-LARI, M. Knowledge translation status and barriers. **J. Med. Libr. Assoc.**, v. 103, n. 2, p. 96-99, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, A.A. A informação e seus momentos de passage. **DataGramaZero**, Revista de Ciência da Informação, v. 2, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/ago01Art_01.htm>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BENCK, R.; VALDÉZ, H.M.; TRÓCCOLI, B. Análise fatorial confirmatória da Escala Brasileira de Atribuição Causal (EBAC). **R Bras Ci e Mov**. v.14, n. 3, p. 45-55, 2006.

BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009.

BERNSTEIN, S.L.; BERNSTEIN, E.; BONDREAUX, E.D.; BABCOCK—IRVIN, C.; MELLO, M.J.; KAPUR, A.K.; BECKER, B.M.; SATTIN, R.; COHEN, V.; D'ONOFRIO, G. Public Health Considerations in Knowledge Translation in the Emergency Department. **Acad Emerg Med.** Malden, v. 14, n. 11, p. 1036-41, 2007.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J Tuberc Lung Dis.** Paris, v. 15, n. 9, p. 1140-48, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília, 2011b. Disponível em: < http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_13.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. **Norma Operacional Básica SUS/1992.** Brasília, 1992. Disponível em: < http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. **Norma Operacional Básica nº 01/1991.** Brasília, 1991. Disponível em: < http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Administração/Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Bol Pneumol Sanit.** v. 4, n. 1, p. 7-56, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base do Índice de desempenho do SUS (IDSUS).** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2001.** Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0106pnct2.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.699**, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica SUS nº 1/1996**. Brasília, 1996b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2699, de 3 de novembro de 2009. **Pacto pela Saúde** – componentes pela Vida e de Gestão. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica-SUS 01/1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília, 1993. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012a. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool (Pcatool) – Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_519818998.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: DF, 2004. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

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**. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem**. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080/1990**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília DF, 1990b.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

BROWNE, M.W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. In: BOLLEN, A.K.; LONG, J.S. **Testing Structural Models**. p. 35-56, 2001.

CALIARI, J.S.; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012.

CAMPOS, C.E.A.; FONSECA, A.C.F.; PESSINI, M.L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad Saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 188-194, 2012

CARLFJORD, S.; ANDERSSON, A.; LINDBERG, M. Experiences of the implementation of a tool for lifestyle intervention in primary health care: a qualitative study among managers and professional groups. **BMC Health Services Research**. London, v. 11, p. 195, 2011.

CARLFJORD, S.; LINDBERG, M.; BENDTSEN, P.; NILSEN, P.; ANDERSSON, A. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. **BMC Family Practice**. London, v. 11, p. 60, 2010.

CASTRO, E.M. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de menstruação de qualidade de vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37, para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais ou cuidadores**: Fase 1. 2007. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; DENIS, J.L. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011b.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011a.

CHEN, X.; ZHAO, F.; DUANMU, H., WAN, L. et al. The DOTS strategy in China: results and lessons after 10 years. **Bull World Health Organ.** v. 80, p. 430-436, 2002.

CHWALOW, A.J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educ. Couns.** Lexington, v. 26, n. 1-3, p. 313-8, 1995.

CLARK-CARTER, D. **Doing quantitative psychological research: from desing to report.** Hove, East Sussex: Psychology Press. 1997.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Araraquara**, 2015 (a). Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135037>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Indaiatuba**, 2015 (b). Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135238>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – João Pessoa**, 2015 (c). Disponível em: < <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100125/100125095>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Manaus**, 2015 (d). Disponível em: < <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100113/100113038>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Porto Alegre**, 2015 (e). Disponível em: < <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100143/100143304>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – Ribeirão Preto**, 2015 (f). Disponível em: < <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135490>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mapa municípios – São Carlos**, 2015 (g). Disponível em: < <http://www.cnm.org.br/municipios/index/100135/100135549>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 1997.

CORDERO, C.; DELINO, R.; JEYASEELAN, L.; LANSANG, M.A.; LOZANO, J.M.; KUMAR, S.; MORENO, S.; PIETERSEN, M.; QUISINO, J.; THAMLIKITKUL, V.; WELCH, V.A.; TETROE, J.; KUILE, A.T.; GRAHAM, I.D.; GRIMSHAW, J.; NEUFELD, V.; WELLS, G.; TUGWELL. Funding Agencies in low – and middle-income-countries: support for knowledge translation. **Bulletin of the World Health Organization**. Geneva, v. 86, n. 7, p. 524-34, 2008.

DA SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

DA SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. **Avaliação e mensuração da dor**. Pesquisa, teoria e prática. 1ª ed. Ribeirão Preto. FUNPEC Editora, 2006.

DANTAS, R.A.S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 115 p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DEON, K.C. **Validação para crianças e adolescentes brasileiros do instrumento de mensuração de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde DISABKIDS® - Módulo Dermatite Atópica**. 105 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

DEON, K.C.; SANTOS, D.M.S.S.; REIS, R.A.; FEGADOLLI, C.; BULLINGER, M.; SANTOS, C.B. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 450-7, 2011.

DERY, D. Agenda setting and problem definition. **Policy Studies**. v. 21, n. 1, p. 34-47, 2000.

DICIONÁRIO MICHAELIS. **Significado do verbo “avaliar”**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=avaliar>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

DICK, J.; VAN-DER-WALT, H.; HOOGENDOORN, L.; TOBIAS, B. Development of health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. **Tuberc Lung Dis**. v. 173-177, 1996.

DISABKIDS GROUP. **Translation and validation procedure**. Guidelines and documentation form. Leiden: The DISABKIDS group, 2004.

DISABKIDS® project. **Project information**, 2012. Disponível em: <http://www.disabkids.org/disabkids-project/information-about-the-project/> Acessado em 10 de abril de 2015.

DOBBINS, M.; DECORBY, K.; TWIDDY, T. A Knowledge Transfer Strategy for Public Health Decision Makers. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. v. 1, n. 2, p. 120-128, 2004.

DOLOWITZ, D. A Policy-maker's guide to Policy Transfer. **The Political Quarterly**. v. 74, n. 1, p. 101-108, 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.; GREENWOLD, S.; MARSH, D. Policy Transfer: Something Old, Something New, Something Borrowed, But Why Red, White And Blue? **Parliamentary Affairs**. Oxford, v. 52, n. 4, o. 719, 1999.

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

EDVARDSSON, K.; GARVARE, R.; IVARSSON, A.; EURENIUS, E.; MOGREN, I.; NYSTRÖM, M.E. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. **BMC Health Services Research**. London, v. 11, p. 61, 2011.

ESTADO DE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose. **Sala de Situação de Tuberculose 2013**. Disponível em: http://www.tuberculose.saude.sp.gov.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=9. Acesso em: 10 nov. 2015.

EUROPEAN DISABKIDS® GROUP. **The DISABKIDS Questionnaires**. Quality of Life Questionnaires for Children with chronic conditions. Handbook. Germany: Pabst Science Publishers, 2006.

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

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

EVANS, M. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. **Public Administration**. Malden. v.84, n.2, p.479-515, 2004.

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

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Admin**. v. 77, p. 361-385, 1999.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of Life**: assessment, analysis and interpretation. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of Life**: assessment, analysis and interpretation. New York: Wiley, 2000, p. 2-71.

FEGADOLLI, C.; REIS, R.A.; MARTINS, S.T.A.; BULLINGER, M.; SANTOS, C.B. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. *Rev Bras Saude Matern Infant*. v. 10, n. 1, p. 95-105, 2010.

FORAY, D. Characterising the knowledge base: available and missing indicators. In: **Organização para a cooperação e o desenvolvimento econômico**. Knowledge management in the learning society. Paris, 2000.

FREEMAN, R. **Policy transfer in the health sector**. Forum conference paper WS/35, Florence: European University Institute Sector, 1999.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009.

GOMES, M.P. **Análise de custo-efetividade do tratamento supervisionado e autoadministrado da tuberculose**. 2013. 169 p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GONZALES, R.I.; 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**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-34, 2008a.

GONZALES, R.I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNCIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; RUFFINONETTO, A.; VILLA, T.C.S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 95-100, 2008b.

GOUVEIA, V.V.; MARTÍNEZ, E.; MILFONT, T.L.; MEIRA, M. A Estrutura e o Conteúdo Universais dos Valores Humanos: Análise Fatorial Confirmatória da Tipologia de Schwartz. **Estudos de Psicologia**. v. 6, p. 133-142, 2001.

GRAHAM, I.D.; LOGAN, J. Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care. **CNJR**. v. 36, n. 2, p. 89-103, 2004.

GRAHAM, I.D.; TETROE, K.; KT Theories Res. Group. Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation. **Acad Emerg Med**. Malden, v. 14, n. 11, p. 936-41, 2007.

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

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

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HAIR JR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5ª Edição. Porto Alegre: Editora Buckman, 2009.

HALFOUN, V.L.R.C.; AGUIAR, O.B.; MATTOS, D.S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 424-30, 2008.

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

HOFFMANN, V. **Knowledge and Innovation Management**. Hohenheim University, 2011. Disponível em: < www.uni-hohenheim.de/uploads/tx_uniscripts/25720/A7020_KIM_2011.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

HOLTGRAVE, D.R. The Role of Quantitative Policy Analysis in HIV Prevention Technology Transfer. **Public Health Reports**. Washington, v. 119, p. 19-22, 2004.

HU, L.; BENTLER, P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structure Equation Modeling**. v. 6, p. 1-55, 1999.

HULME, R. Policy Transfer and the Internationalisation of Social Policy. **Social Policy and Society**. Cambridge. v. 4, n. 4, p. 417-25, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Mapa do Brasil – Grandes Regiões**. Brasília: DF. 2014. Disponível em: < http://7a12.ibge.gov.br/images/7a12/mapas/Brasil/brasil_grandes_regioes.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conceitos – População Economicamente Ativa**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 11 jan 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASES. **The Union: 90 years of collaboration and innovation**. Paris, 2010. Disponível em: <http://www.union-imdp.org/files/resources/90th_brochure_25Oct.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS. Tanzania National Tuberculosis Programme. **Bull Int Union Tuberc**. v. 52, p. 53-64, 1977.

KARUMBI, J.; GARNER, P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. **Cochrane Database Syst Review**. v. 5, p. 1-56, 2015.

KERLINGER, F. Factor analysis. In: KERLINGER, F. **Foundations in behavioral research**. 3ª edição. Holt, Rinehart, and Winston, 1986.

KORITAR, P.; PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, S.; SANTOS, S. Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). **Cienc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3573-3582, 2014.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 13, n. 3, p. 135–147, 2004.

LARKIN, G.L.; HAMANN, C.J.; MONICO, E.P. DEGUTIS, L.; SCHUUR, J.; KANTOR, W.; GRAFFEO, C.S. Knowledge Translation at the Macro Level: Legal and Ethical Considerations. **Acad Emerg Med**. Malden, v. 14, n. 11, p. 1042-46, 2007.

LIGHTFOOT, E. The Policy Transfer Model: A Tool to Help Social Workers Engage in Successful Policy Making. **The Social Policy Journal**, Cambridge. v. 1, n. 2, p. 21-34, 2003.

LOBÃO, W.M.; MENEZES, I.G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. 2012;20(4)796-803.

LONNROTH, K.; TRAN, T.U.; THUONG, L.M.; QUY, H.T.; DIWAN, V. Can I afford free treatment? Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. **Soc Sci Med**. v. 52, p. 935-948, 2001.

LÖVGREN, G.; ASTRÖM, G.; ENGSTRÖM, B. A care policy and its implementation. **International Journal of Nursing Practice**. v. 7, p. 92-103, 2001.

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

McDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford

McHORNEY, C.A.; TARLOV, A.R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status survey adequate? **Qual Life Res**. Wiscosin, v. 4, p. 293-307, 1995.

MKOPI, AM; RANGE, N.; LWILLA, F.; EGWAGA, S.; SCHULZE, A.; GEUBBELS, F.V.L. Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based Directly Observed Treatment: evidence from the United Republic of Tanzania. **Plos One**, San Francisco, v. 7, n. 12, p. e51828, 2012.

MONROE, A.A. et al. Envolvimento das equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007.

MULLIGAN, K.; ELLIOTT, S.; SCHUSTER-WALLACE, C.J. Global public health policy and dengue fever in Putrajaya, Malaysia: a critical discourse analysis. **Critical Public Health**. Abingdon, v. 22, n. 4, p. 407-418, 2012.

NEDLEY, A. Policy transfer and the developing-country experience gap: Taking a southern perspective. **Policy Transfer—Insider and Outsider Perspectives, ESRC Research Seminar 3**. York, 2000. Disponível em: <<http://www.york.ac.uk/depts/poli/esrc/papers/nedley.htm>>.

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

NOGUEIRA, J.A. et al. Training of health professionals in the tuberculosis care: challenges and contradictions of the practice. **J Nurs UFPE Online**. v. 5, n. 4, p. 778-787, 2011.

たORONHA, A.P.P. Propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8, n. 1, p. 93-99, 2003.

NUNES, S.P.H. **Validação do instrumento DISABKIDS®-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas**. 143 p. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 3, p. 113-117.

OGDEN, J. Improving tuberculosis control-social science inputs. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. v. 94, p. 135-140, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A estratégia STOP TB**. Disponível em:<http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PAIM, J. Prefácio. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PANKRATZ, M.; HALLFORS, D.; CHO, H. Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy. **Health Education Research – Theory & Practice**. Oxford, v. 17, n. 3, p. 315-26, 2002.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM) – Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: LabPAM IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

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

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – 2014**. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/2014relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

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

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**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-77, 2012.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**. Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

ROGERS, E. **Diffusion of Innovations**. 4th Edition. The Free Press: New York, 1995.

ROGERS, E.M.; SHOEMAKER, F. F. **Communication of Innovations**. A Cross-Cultural Approach. Second Edition. The Free Press, New York. 476 p, 1971.

ROSE, R. **Learning from comparative public policy**: a practical guide. London, UK. Routledge, 2004.

ROSE, R. **Lesson-drawing in public policy**. A guide to learning across time and space. Chatham, UK. Chatham House Publishers, 1993.

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

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

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

SÁ, L.D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev Eletr Enf**. v. 15, n. 1, p.103-111, 2013.

SÁ, L.D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**. v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007.

SÁ, L.D.; ANDRADE, M.N.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; QUEIROGA, R.P.F.; SOUSA, M.C.M. Implementação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3917-24, 2011.

SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SANTOS, M.L.S.G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 1, p. 64-69, 2010.

SAPNAS, K.G.; ZELLER, R.A. Minimizing sample size when using exploring factor analysis for measurement. **Journal of nursing measurement**, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.

SCATENA, L.M. et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. **Rev Saúde Pública.** v. 49, n. 7, p. 1-11, 2015.

SCHNEIDER, H.; GILSON, L.; OGDEN, J.; LUSH, L.; WALT, G. Health systems and the implementation of disease programmes: Case studies from South Africa. **Global Public Health**, Abingdon. v. 1, n. 1, p. 49-64, 2006.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual Life Res.** Wiscosin, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus.** 4 ed. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

STOP TB PARTNERSHIP. **Annual Report 2014.** Geneva, 2015a. Disponível em: < http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/annualreports/STOP_TB_annualeport_2014_web.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

STOP TB PARTNERSHIP. **Global Plan to Stop TB – Phase 1: 2001 to 2005.** Geneva, 2000. Disponível em: < http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GLOBAL_PLAN_TO_STOP_TB_2001_2005.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

STOP TB PARTNERSHIP. **The Global Plan to End TB 2016-2020.** Geneva, 2015b. Disponível em: < http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

STOP TB PARTNERSHIP. **The Global Plan to Stop TB 2011-2015.** Geneva, 2011. Disponível em: < http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

STOP TB PARTNERSHIP. **The Stop TB Strategy – Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millenium Development Goals.** Geneva, 2006. Disponível em: < http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/plan_strategy/The_Stop_TB_Strategy_Final.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

STREINER N. **Health Measurement Scales**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using Multivariate Statistics**. 4th Edition. Allyn and Bacon: Boston, 2001.

TERWEE, C.B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**. Philadelphia, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TETROE, J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: a primer. **Focus Technical Brief**. v. 18, p. 1-8, 2007.

TRIGUEIRO, J.V.S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 19, n. 6, p. 1-8, 2011.

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.

ULLMAN, J.B. Structural Equation Modeling: Reviewing the Basics and Moving Forward. **Journal of Personality Assessment**. v. 87, n. 1, p. 35-50, 2006.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2015**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_1.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

UNITED NATIONS. **United Nations Millenium Declaration**. 2000. Disponível em: <<http://www.unmillenniumproject.org/documents/ares552e.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
VIEIRA, A.A.; RIBEIRO, S.A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. **J. Bras. Pneumol**. Brasília, v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VILLA, T.C.S.; ASSIS, E.G.; OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R.A.; GONZALES, R.I.C.; PALHA, P.F. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998-2004). **Rev Esc Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 98-104, 2008.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-37, 2009.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. **N Eng J Med**. v. 301, p. 967-974, 1979.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in Nursing Research**. 1st ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1984.

WARE, J.E.; HAYASHI, T.; HAYS, R.D. **User's guide for the Multitrait Analysis Program (MAP)**. Santa Monica: Rand Corporation, 1988.

WEI, X.; WALLEY, J.D.; LIANG, X.; LIU, F.; ZHANG, X.; LI, R. Adapting a generic tuberculosis control operational guideline and scaling it up in China: a qualitative case study. **BMC Public Health**. London, v.8, p. 260, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts about tuberculosis**. Geneva, 2015b. Disponível em: < <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/en/>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for Effective Tuberculosis Control**. Geneva, 2002. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_TB_2002.297.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for effective tuberculosis control**. Geneva, 1994. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58717/1/WHO_TB_94.179.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/ Acesso em: 11 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2015**. Geneva, 2015a. Disponível em: < http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 03 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Management of collaborative TB/HIV activities: training for managers at the national and subnational levels**. Manual for participants. Geneva, 2005. Disponível em: <http://who.int/tb/publications/manual_for_participants_pp1_50.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Spotlight on Statistics: A fact file on health workforce statistics. **Gender and health workforce statistics**. Geneva, 2008. Disponível em: < http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The End TB Strategy**. Geneva, 2015c. Disponível em: <http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis Profile Brazil 2015**. Geneva, 2015 d. Disponível em: < http://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=BR&LAN=EN&outtype=pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis profile Brazil**. Geneva, 2013b. Disponível em: <http://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=BR&LAN=EN&outtype=pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

Anexos

ANEXOS

ANEXO I – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES GERAIS DO PROJETO DISABKIDS®

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

Cód. Cenário [][][]

No. [][][]

Nível Form. [][][]

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

**IMPRESSÃO GERAL: PROJETO “AVALIAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS
DE SAÚDE DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO EM ALGUNS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL, SUDESTE, NORDESTE E NORTE”.**

	Por favor, marque uma opção:
1. O que você achou do nosso questionário em geral?	☐ muito bom ☐ bom ☐ regular / mais ou menos
2. As questões são compreensíveis? Se não, quais questões:	☐ fáceis de entender ☐ às vezes difíceis de entender ☐ não compreensíveis
3. E sobre as opções de resposta? Você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	☐ nenhuma / sem dificuldade ☐ algumas dificuldades ☐ muitas dificuldades
4. As questões são importantes para a sua situação?	☐ muito importantes ☐ às vezes importantes ☐ nenhuma / sem importância
5. Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?	
7. Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?	

Obrigado por sua colaboração!

Baseado na folha de validação semântica do projeto DISABKIDS. Uso autorizado pela coordenação do projeto no Brasil e México.

ANEXO II – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 1

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

Cód. Cenário [] [] [] []

No. [] [] [] []

Nível Form. [] [] [] []

Data [] [] [] []

Folha de Validação Semântica – Projeto “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”.

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Por favor, marque um espaço e preencha-o.										
Item		Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
	As opções de resposta se repetem: Nunca / quase nunca / às vezes / muitas vezes / sempre	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
1	A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.									
2	A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi discutida entre os profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde.									
3	A população participou da discussão da implantação do TDO.									
9	As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.									
12	Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).									
24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).									

26	A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.									
35	Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.									
38	A minha unidade de saúde introduziu/criou novos instrumentos para o monitoramento e controle do TDO.									
43	Na minha unidade de saúde o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.									
47	Na minha unidade de saúde, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.									
48	Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO.									

Obrigado por sua colaboração!

Baseado na folha de validação semântica do projeto DISABKIDS. Uso autorizado pela coordenação do projeto no Brasil e México.

ANEXO III – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 2

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

Cód. Cenário [] [] []

No. [] [] []

Nível Form. [] []

Data [] [] []

Folha de Validação Semântica – Projeto “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”.

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item	Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
As opções de resposta se repetem: Nunca / quase nunca / às vezes / muitas vezes / sempre	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
4 No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.									
5 Na implantação do TDO não se levou em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.									
6 A coordenação do PCT utilizou de estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.									
7 A linguagem utilizada pela Coordenação do PCT foi clara, concisa, envolvente e de fácil entendimento, durante a implantação do TDO.									
11 Na minha unidade de saúde eu tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).									
17 Na minha unidade de saúde, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.									

29 O doente em TB não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.									
31 Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.									
32 O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.									
36 Na minha unidade de saúde a expansão do TDO não é discutida pela equipe.									
39 Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale leite, entre outros).									
46 Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO.									

Obrigado por sua colaboração!

Baseado na folha de validação semântica do projeto DISABKIDS. Uso autorizado pela coordenação do projeto no Brasil e México.

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 3

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

Cód. Cenário [] [] []

No. [] [] []

Nível Form. [] []

Data [] [] []

Folha de Validação Semântica – Projeto “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”.

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Por favor, marque um espaço e preencha-o:											
Item	Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que esta questão significa para você?		
	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não		Reformulação	Descrição	
As opções de resposta se repetem: Nunca / quase nunca / às vezes / muitas vezes / sempre											
8	Para a implantação do TDO foram utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).										
10	Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.										
14	Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.										
15	Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.										
20	A unidade de saúde não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.										
22	A equipe da minha unidade de saúde reconhece a importância do TDO.										

23	O sucesso do TDO envolve diferentes ações e/ou fatores além dos existentes na minha prática profissional.									
28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.									
30	Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual para cada doente em TDO.									
40	Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.									
41	Na minha unidade de saúde 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).									
45	Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.									

Obrigado por sua colaboração!

Baseado na folha de validação semântica do projeto DISABKIDS. Uso autorizado pela coordenação do projeto no Brasil e México.

ANEXO V – FORMULÁRIO DE IMPRESSÕES ESPECÍFICAS PROJETO DISABKIDS® 4

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

Cód. Cenário [] [] [] []

No. [] [] [] []

Nível Form. [] [] [] []

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

Folha de Validação Semântica – Projeto “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”.

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Por favor, marque um espaço e preencha-o.									
Item	Isso é importante para a sua situação?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?		Como vocêalaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que esta questão significa para você?
	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
As opções de resposta se repetem: Nunca / quase nunca / às vezes / muitas vezes / sempre									
13 Compreendo as diretrizes do TDO.									
16 Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.									
18 A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.									
19 Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o TDO.									
21 Nas reuniões de equipe da minha unidade de saúde, os profissionais não discutem casos clínicos de doentes em TDO.									
25 Os materiais educativos da minha unidade norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.									
27 A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.									

33	O doente em TB não tem autonomia para escolher a modalidade de supervisão do TDO (compartilhada, auto-administrada e supervisionada).								
34	Considero que o TDO é inovador para o controle da TB.								
37	Com a introdução do TDO não houve mudanças na minha prática profissional.								
42	Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a promoção à saúde do doente.								
44	Na minha unidade de saúde não desenvolve ações intersectoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).								
49	Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.								

Obrigado por sua colaboração!

Baseado na folha de validação semântica do projeto DISABKIDS. Uso autorizado pela coordenação do projeto no Brasil e México.

ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO COORDENADORA PROJETO DISABKIDS®

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

Ofício s/n

Ribeirão Preto, 15 de março de 2013

À colaboradora dos estudos de validação DISABKIDS – Brasil e México

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assunto: *Permissão para utilização do material proveniente do Projeto DISABKIDS em processo de validação semântica de questionário.*

Prezada Colaboradora,

Eu, **Pedro Fredemir Palha**, na qualidade de docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), coordenador e pesquisador principal do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da transferência de políticas de saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte**”, financiado pelo Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), venho por meio deste ofício, registrar o interesse em utilizar os instrumentos relacionados ao processo de validação semântica, elaborados para o projeto DISABKIDS, junto ao estudo acima referido. Reforço que os mesmos servirão somente para embasar o trabalho desenvolvido pelo grupo de pesquisa e não será disponibilizado para terceiros.

Sendo assim, agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Associado da EERP/USP
Coordenador do Projeto

21-03-2013

ANEXO VII – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EERP-USP

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 – 027/2013

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2013

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 15 de fevereiro de 2013.

Protocolo CAAE: 01197312.3.0000.5393

Projeto: Avaliação da transferência de políticas de saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte.

Pesquisadores: 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,

Profª. 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

ANEXO VIII– APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA GHC

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação do Planejamento e Execução da Transferência da política do Tratamento Diretamente Observado no município de Porto Alegre, RS.

Área Temática:

Pesquisador: Pedro Fredemir Palha

Versão: 3

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

CAAE: 01649012.9.0000.5530

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 55576

Data da Relatoria: 21/06/2012

Apresentação do Projeto:

Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto). A proposta do projeto visa compreender o processo de planejamento e a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) utilizado para o controle da Tuberculose (TB), tendo como cenário o município de Porto Alegre.

Conta com um modelo misto de abordagens (quantitativo e qualitativo).

O componente quantitativo refere-se à aplicação de um questionário auto-dirigido (previamente validado) à uma população de referência constituída por profissionais de saúde (estimativa de 380, aproximadamente 284 sujeitos do GHC e 96 da Secretaria Municipal de Saúde) sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos envolvidos com o Tratamento Diretamente Observado na capital riograndense. Os sujeitos de pesquisa são trabalhadores de 10 Unidades da Secretaria Municipal de Saúde e 12 do Grupo Hospitalar Conceição (US Vila Floresta; US Santíssima Trindade; UBS Jardim Itu; US Conceição; US Parque dos Maias; US Nossa Senhora Aparecida; US Jardim Leopoldina; US Costa e Silva; US Barão de Bagé; US Coimma; US Divina Providência e US SESC).

As entrevistas ocorrerão por meio da aplicação de um questionário fechado auto-aplicável aos participantes selecionados. Dados de fontes secundárias de informação como Sistemas de Informação (SINAN, SIAB, DATASUS, SIM, CNES), documentos, relatórios e outros materiais impressos e digitais serão também investigados e considerados na análise.

Na abordagem qualitativa serão entrevistados os gestores/coordenadores regionais, estaduais e municipais do Programa de Tuberculose bem como o secretário municipal de saúde por meio da aplicação de um questionário semi-dirigido.

Análise dos dados: no plano qualitativo da pesquisa, os dados coletados por meio das entrevistas semi-dirigidas serão organizados e codificados por um sistema digital de apoio, o software Atlas.TI 6.0 e posteriormente serão analisados com base na fundamentação teórico-metodológica da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, que versa sobre três regiões do conhecimento: o Materialismo histórico, a Linguística e a Psicanálise (ORLANDI, 2009).

Para a análise dos dados quantitativos coletados, serão utilizados métodos estatísticos, com a descrição das frequências das variáveis e a distribuição (média, mediana e desvio-padrão, caso necessário).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar o processo de planejamento e transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

1. Analisar as estratégias empregadas na transferência da política do TDO;
2. Identificar os recursos (materiais, humanos, físicos, outros) engendrados e utilizados na transferência da política do TDO;

3. Avaliar o envolvimento dos gestores, coordenadores e profissionais de saúde para trabalhar com a transferência da política do TDO;
4. Identificar a forma (coerciva/voluntária) em que a política foi transferida entre os gestores, coordenadores e profissionais da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os documentos solicitados no parecer anterior foram apresentados. A Pesquisa não apresenta riscos aos sujeitos que dela participarão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado (único para todos os sujeitos). De acordo com a Resolução 196/96.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas na terceira versão do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. Será enviado por email a carta de aprovação e TCLEs carimbados e assinados pelo coordenador. Lembramos aos pesquisadores que essa versão do TCLE assinada e carimbada é que deve ser usada no estudo.

PORTO ALEGRE, 12 de Julho de 2012

Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva

Apêndice

APÊNDICE

APÊNDICE I – PRIMEIRA VERSÃO DO ATP-IIFOC-TB

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 [][][][][][]

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

Questão		1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo Totalmente	Não se aplica	Resp. (Dig.)
INFORMAÇÃO	1	A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) discutiu com a equipe a implantação do TDO na unidade de saúde.						
	2	A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi discutida entre os profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde.						
	3	A população participou da discussão da implantação do TDO.						
	4	No momento da implantação do TDO não houve integração/interação entre a coordenação municipal e a equipe de saúde da minha unidade.						
	5	Na implantação do TDO não se levou em consideração as características do território e dos recursos disponíveis na minha unidade.						
	6	A coordenação do PCT utilizou de estratégias para motivar e envolver a equipe da minha unidade durante a implantação do TDO.						
	7	A linguagem utilizada pela Coordenação do						

		PCT foi clara, concisa, envolvente e de fácil entendimento, durante a implantação do TDO.							
	8	Para a implantação do TDO foram utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).							
	9	As estratégias utilizadas não produziram impactos positivos para a implantação do TDO.							
	10	Antes da implantação do TDO eu não tinha informações prévias/experiências relacionadas a esse tema.							
	11	Na minha unidade de saúde eu tenho acesso à materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).							
	12	Não busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).							
CONHECIMENTO	13	Compreendo as diretrizes do TDO.							
	14	Não compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.							
	15	Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.							
	16	Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.							
	17	Na minha unidade de saúde, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.							
	18	A Secretaria Municipal de Saúde não oferece com frequência capacitações sobre o TDO.							
	19	Participo dos							

		treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o TDO.								
	20	A unidade de saúde não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.								
	21	Nas reuniões de equipe da minha unidade de saúde, os profissionais não discutem casos clínicos de doentes em TDO.								
	22	A equipe da minha unidade de saúde reconhece a importância do TDO.								
	23	O sucesso do TDO envolve diferentes ações e/ou fatores além dos existentes na minha prática profissional.								
	24	A minha unidade não possui materiais educativos sobre o TDO (panfletos, folders, cartazes, cartilhas, manuais, entre outros).								
INOVAÇÃO	25	Os materiais educativos da minha unidade norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.								
	26	A minha unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO.								
	27	A minha unidade de saúde dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.								
	28	O TDO não requer a elaboração de um plano de cuidado individual.								
	29	O doente em TB não tem autonomia para discutir e decidir sobre a sua terapêutica.								
	30	Na minha unidade de saúde existe esse plano de cuidado individual								

		para cada doente em TDO.							
31		Na minha unidade de saúde, o doente em TDO não participa da elaboração do plano de cuidado individual.							
32		O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.							
33		O doente em TB não tem autonomia para escolher a modalidade de supervisão do TDO (compartilhada, auto-administrada e supervisionada).							
34		Considero que o TDO é inovador para o controle da TB.							
35		Na minha unidade de saúde a equipe considera o TDO como uma prática inovadora.							
36		Na minha unidade de saúde a expansão do TDO não é discutida pela equipe.							
37		Com a introdução do TDO não houve mudanças na minha prática profissional.							
38		A minha unidade de saúde introduziu/criou novos instrumentos para o monitoramento e controle do TDO.							
39		Na minha unidade de saúde existem incentivos para a adesão do doente ao TDO (cesta básica, vale-transporte, vale leite, entre outros).							
40		Na minha unidade de saúde não são criadas outras estratégias para a adesão ao TDO.							
41		Na minha unidade de saúde 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).							
42		Na minha unidade de saúde o TDO não tem contribuído para a							

		promoção à saúde do doente.							
43		Na minha unidade de saúde o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.							
44		Na minha unidade de saúde não desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, lazer, esportes, empresas, entre outras).							
45		Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.							
46		Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO.							
47		Na minha unidade de saúde, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.							
48		Na minha unidade, as necessidades de saúde da população são percebidas pela equipe em relação ao TDO.							
49		Na minha unidade, a equipe de saúde não adaptou o TDO à realidade do território.							

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

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 Pedro Fredemir Palha, sou Enfermeiro, professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e coordenador responsável por esta pesquisa.

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 Porto Alegre/RS, Ribeirão Preto/SP, João Pessoa/PB e Manaus/AM. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o senhor como, por exemplo, uma sala reservada em seu local de trabalho. Neste encontro, o (a) senhor (a) responderá a um instrumento de coleta de dados que conta com 30 questões, que abordam os aspectos relacionados à transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em seu município, sendo que a aplicação deste instrumento tem o tempo previsto de duração de quarenta minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Ressalto que o entrevistador está treinado para a aplicação deste instrumento, e estará lhe acompanhando por todo o tempo em que estiver respondendo ao questionário, de modo a lhe auxiliar neste momento. 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 de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém há a possibilidade de algum desconforto quando tiver que expressar seu conhecimento e opinião sobre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em seu município. Caso isso ocorra, nós podemos parar nossa conversa e continuar ou não depois, se assim quiser. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose. Nós poderemos

VERSÃO_5_TCLE PROFISSIONAIS_FEV 2013

VERSO DO TCLE

obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e o responsável pela coleta). 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 Palha

Entrevistador (a)

_____, ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE III – SEGUNDA VERSÃO ATP-IINFOC-TB

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 [][][][][][]

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

Dimensão Informação							
Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT municipal/estadual) tem discutido o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com a equipe da unidade de saúde em que trabalho.							
2 O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade em que trabalho.							
3 A população participa de discussões sobre o TDO na unidade e saúde em que trabalho.							
4 Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho.							
5 As ações relacionadas ao TDO são baseadas nas características do território e dos recursos disponíveis na unidade de saúde em que atuo.							
6 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.							
7 Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.							
8 Para viabilizar o TDO são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).							
9 As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.							
10 Antes de trabalhar com o TDO eu já tinha informações/experiências prévias relacionadas a esse tema.							
11 Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).							
12 Busco informações sobre o TDO em outras fontes (jornais, revistas, internet, com outros profissionais, entre outros).							

Dimensão Conhecimento							
Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
13 Compreendo as diretrizes do TDO.							
14 Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.							
15 Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.							
16 Sigo as diretrizes do TDO porque é uma exigência da minha unidade de saúde.							
17 Na de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.							
18 A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.							
19 Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.							
20 A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.							
21 Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.							
22 A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.							
23 Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.							
Dimensão Inovação							
24 Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.							
25 A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos, etc.).							
26 A unidade de saúde em que trabalho dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.							
27 O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.							
28 Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.							
29 Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.							
30 O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.							
31 O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado).							
32 Considero que o TDO é inovador para o controle da TB.							

Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
33 Na unidade de saúde em/ que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.							
34 Na unidade de saúde em que trabalho, a expansão do TDO não é discutida pela equipe.							
35 Com a introdução do TDO houve mudanças na minha prática profissional.							
36 A unidade de saúde em que trabalho criou novas estratégias para trabalhar com o TDO.							
37 A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).							
38 Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.							
39 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).							
40 O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB na unidade de saúde em que trabalho.							
41 Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.							
42 Na unidade de saúde em que trabalho desenvolvo ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).							
43 Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.							
44 Tenho dificuldades para trabalhar com doentes de TB em TDO.							
45 Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.							
46 Na unidade de saúde em que trabalho as dificuldades (de acesso, econômica, entre outras) dos pacientes em TDO são percebidas pela equipe de saúde.							
47 Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.							

APÊNDICE IV – TERCEIRA VERSÃO ATP-IINFOC-TB

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

ATP-IINFOC-TB

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

Cód. Cenário [][][]

No. [][][]

Nível Form. [][][]

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

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

Dimensão Informação							
Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT municipal/estadual) tem discutido o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com a equipe da unidade de saúde em que trabalho.							
2 O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.							
3 A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho.							
4 Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho.							
5 A coordenação do PCT (municipal/estadual) utiliza de estratégias para motivar e envolver a equipe da unidade de saúde em que trabalho com relação ao TDO.							
6 Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.							
7 Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).							
8 As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.							
9 Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).							
Dimensão Conhecimento							
10 Compreendo as diretrizes do TDO.							
11 Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.							
12 Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.							
13 Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.							

	Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
14	A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.							
15	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.							
16	A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.							
17	Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.							
18	A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.							
19	Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.							
Dimensão Inovação								
20	Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.							
21	A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos, etc.).							
22	A unidade de saúde em que trabalho dispõe de recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO.							
23	O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.							
24	Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.							
25	Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.							
26	O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.							
27	O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou auto-administrado).							
28	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.							
29	A unidade de saúde em que trabalho criou novas estratégias para trabalhar com o TDO.							
30	A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).							
31	Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.							

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

APÊNDICE V – QUARTA VERSÃO ATP-IINFOC-TB UNIDIMENSIONAL

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

ATP-IINFOC-TB

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

Cód. Cenário | _ _ _ _ |

No. | _ _ _ _ |

Nível Form. | _ _ |

Data | _ _ / _ _ / _ _

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

Questão	1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
1 A coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT municipal/estadual) tem discutido o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com a equipe da unidade de saúde em que trabalho.							
2 O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.							
3 A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho.							
4 Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho.							
5 A coordenação do PCT (municipal/estadual) utiliza de estratégias para motivar e envolver a equipe da unidade de saúde em que trabalho com relação ao TDO.							
6 Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) se utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento.							
7 Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).							
8 As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.							
9 Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).							

Questão		1 Discordo	2 Discordo parcialmente	3 Indiferente	4 Concordo parcialmente	5 Concordo	Não se aplica	Resp. (Dig.)
10	Compreendo as diretrizes do TDO.							
11	Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.							
12	Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política.							
13	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.							
14	A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.							
15	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.							
16	A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO.							
17	Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.							
18	A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.							
19	Para se obter o sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde.							
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.							

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