UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMÉLIA NUNES SICSÚ

**Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado na
Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no
Amazonas: um estudo de métodos mistos**

Ribeirão Preto

2017

AMÉLIA NUNES SICSÚ

**Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado na
Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no
Amazonas: um estudo de métodos mistos**

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

2017

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

Sicsú, Amélia Nunes

Transferência da política do Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos, 2017.

189p. : il ; 30 cm

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. Transferência de Política. 3. Terapia Diretamente Observada. 4. Métodos Mistos. 5. Análise de Discurso

FOLHA DE APROVAÇÃO

SICSÚ, AMÉLIA NUNES

Transferência da política do Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos

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 / / 2017

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

“Percebe e entende que os melhores amigos são aqueles que estão em casa esperando por ti. Acredita, nos momentos mais difíceis da vida eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar. E se por acaso a dor chegar ao teu lado vão estar para te acolher e te amparar, pois não há nada como um lar”.

Dalvimar Gallo

Aos meus maiores e melhores amores:

Deus, a Quem sirvo, pela sua presença constante em minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas, por me confortar nas horas difíceis e pelo meu maior tesouro - minha família, pois de Deus, por Deus e para Deus são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre!

Meus pais, Teodomiro Farias Sicsú Filho e Dulcinéia Nunes Sicsú, lição mais profunda que vivi de amor, fé, dignidade e ética. Os melhores amigos que eu poderia ter!

Meus sobrinhos, Henry e Tayanne, as evidências mais lindas e perfeitas do amor e poder de Deus. Vocês despertaram em mim um amor maternal que até então desconhecia.

Minhas irmãs Roseane, Tatiane, Marcela e Dulcinéia e meu irmão Teodomiro Junior, pela amizade, cumplicidade e cuidado e, acima de tudo, pelo imenso amor que nos une!

Meus sobrinhos, Janderson, Carlos Eduardo, Thalya e o pequeno Adriel, por encherem a minha vida de amor, paz e alegria.

Deus colocou vocês em minha vida para me trazer a paz, me impulsionar para o melhor de mim e me guiar para o caminho do bem. Vocês são sorrisos em dia feio, suporte quando parece faltar o chão. Vocês são abraços, mesmo de longe, e a certeza de que tudo vai dar certo! (Adaptado de um autor desconhecido). Por vocês e para vocês são as minhas maiores conquistas, porque o melhor de mim são vocês, metades do meu coração!

Agradecimentos Especiais

Ao Prof. Pedro Fredemir Palha.

Procuro arduamente uma forma verbal de expressar a profunda gratidão e admiração que tenho por você, porém acredito não ser possível traduzir em palavras.

Em uma tentativa, gostaria de dizer que agradeço a Deus pela dádiva de ser sua orientanda e por aprender tanto durante esses anos de convivência. De fato, aprendi conhecimentos que vão além do científico, desde a sua tranquilidade e serenidade diante das mais variadas situações, até a grande generosidade e humildade que lhe fazem esse ser humano único e admirável.

As dificuldades durante esse percurso não foram poucas, mas o seu apoio em todos os momentos fez toda a diferença. Obrigada, professor, por me permitir ser filha, irmã, tia, docente e não apenas pós-graduanda. Seu voto de confiança me motivou a superar todas as adversidades.

Ao Profa. e amiga Roxana Gonzales,

Por todos os incentivos, por incansavelmente ter se mostrado disponível, sinalizando o caminho a ser seguido, pelos ricos momentos de aprendizado e troca de experiência, pelo apoio nos momentos difíceis e por ser esse ser humano indescritível e admirável. O tempo de convivência em Ribeirão Preto foi pouco, mas o suficiente para criar laços eternos. Faço minhas as tuas palavras: “Tem coisas que não são da gente e sim de Deus, em que a distância é apenas um detalhe”.

“Conte-me e esquecerei.

Ensina-me e me lembrarei.

Envolva-me e aprenderei”.

Benjamim Franklin

Agradecimentos

*Em primeiro lugar a **Deus**, “O começo e o fim de todas as coisas”, a quem devo tudo, por ter me dado fé, direcionamento, sabedoria, discernimento, paciência e força de vontade para superar todos os percalços durante a caminhada;*

*Aos **meus amados pais** (Teodomiro e Dulcinéia), **irmãos** (Roseane, Tatiane, Marcela, Dulcineia, Teodomiro Júnior), **sobrinhos** (Janderson, Carlos Eduardo, Tayanne, Thalya, Henry e Adriel) e **cunhados** (João Bosco, Elciney, Enéas e Rosana), minha família por natureza, por opção e amor. Quando a saudade, o cansaço e o desânimo chegam, saber que tenho vocês, me impulsiona a prosseguir. Eu sinto a presença e a oração de vocês a cada segundo da minha vida, de forma que, mesmo distante, eu nunca me senti sozinha;*

*Ao **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública**, por oportunizar um curso de excelência à comunidade acadêmica;*

*Ao **corpo docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, por colaborar para a minha formação com os seus conhecimentos, ensinamentos e troca de experiências;*

*À **Universidade do Estado do Amazonas**, pela minha formação como enfermeira, por me permitir participar no processo de formação de outros profissionais de saúde e por permitir o desenvolvimento das atividades relativas ao doutorado;*

*À **amável Professora Jucimary**, coordenadora do curso de Enfermagem da UEA, por acreditar e por todos os esforços para que eu pudesse realizar o doutorado da melhor forma possível. Gratidão eterna!*

*Aos professores do Curso de enfermagem, especialmente aos **professores da disciplina Fundamentos de Assistência ao paciente**, pela amizade, apoio e compreensão;*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pelo financiamento do projeto universal, no qual este estudo está inserido;*

*À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPPEAM)**, pela bolsa concedida para realização deste estudo;*

*À **Fundação de Vigilância Sanitária do Estado do Amazonas**, pelo consentimento em realizar a coleta dos dados secundários, o que possibilitou a concretização desse estudo;*

*Aos **gestores dos municípios de Manacapuru, Itacoatiara, Parintins, Tabatinga e Tefé** pela anuência e receptividade durante a coleta de dados nesses municípios;*

*Aos **profissionais de Saúde** que receptivamente participaram da pesquisa, conferindo essência e valor a este estudo;*

Aos participantes da Banca Examinadora, por suas valiosas contribuições, com críticas e comentários valiosos que colaboraram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento deste trabalho;

Ao Professor Ricardo Arcêncio, pela disposição e paciência em ajudar durante o desenvolvimento deste trabalho. Serei eternamente grata pelo apoio, pelos ensinamentos, pelos ricos momentos de aprendizado, pelas suas colocações e correções e troca de experiências ao longo desta jornada acadêmico-profissional;

Ao prof. Dr. Antônio Ruffino Netto por nos despertar, ainda que inconscientemente, a militância científica contra a TB e um carinho gratuito por ser uma pessoa simplesmente admirável;

Ao Jonas Bodini Alonso, por sua disponibilidade e valiosas contribuições com as análises estatísticas;

À Rubia, pela auxílio e disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas durante as análises;

À Professora Elaine e ao grupo GEPALLE, pela receptividade, acolhimento e trocas de experiências e conhecimentos durante as reuniões do grupo;

À Shirley Figueiredo, por carinhosamente nos receber com um lindo sorriso, estando sempre pronta para nos esclarecer e auxiliar no que fosse necessário;

Ao amigo Fernando Mitano, pelo apoio, parceria e por ter contribuído de maneira ímpar para a minha aproximação com a Análise do discurso;

A todo grupo GEOTB, especialmente Ana Carolina, Catiucia, Elisangela, Fernando, Jaqueline, Laís, Luciana, Mônica, Noriza, Rarianne, Regiane, Rogério e Simone. Agradeço a receptividade, o acolhimento, a amizade, o companheirismo, o carinho, a confiança, o compartilhamento de experiências e conhecimentos. Conviver e aprender com cada um de vocês foi uma experiência ímpar! Sempre lembrarei e estarei na torcida por vocês!

A todos os meus amigos pela torcida e incentivo, especialmente às amigas: Adélia, Adeliana, Adriany, Ana Paula, Anete, Aylana, Eliana, Fabiola, Mailma, e profa Iracema. Sou imensamente grata pelo carinho, apoio, cuidado, e principalmente pelas orações;

Aos anjos que Deus colocou no meu caminho durante a coleta de dados nos municípios prioritários para o controle da TB: Isabel (Manacapuru); Roseane (Parintins), Inaê e Rosélia (Tabatinga) e Adeliana (Itacoatiara). Agradeço a acolhida e toda atenção! Vocês são bênçãos de Deus em minha vida!

Aos irmãos da igreja de Cristo em Urucará pelo carinho, torcida e preciosas orações;

Enfim, àqueles que, mesmo não tendo sido citados, contribuíram de forma especial e única.

*Tudo neste mundo tem seu tempo;
cada coisa tem sua ocasião.*

*Há um tempo de nascer e tempo de morrer;
tempo de plantar e tempo de arrancar;
tempo de matar e tempo de curar;
tempo de derrubar e tempo de construir.*

*Há tempo de ficar triste e tempo de se alegrar;
tempo de chorar e tempo de dançar;
tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las;
tempo de abraçar e tempo de afastar.*

*Há tempo de procurar e tempo de perder;
tempo de economizar e tempo de desperdiçar;
tempo de rasgar e tempo de remendar;
tempo de ficar calado e tempo de falar.*

*Há tempo de amar e tempo de odiar;
tempo de guerra e tempo de paz.*

Eclesiastes 3: 1-8

“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas” (Cora Coralina)

RESUMO

SICSÚ, A.N. **Transferência da política do Tratamento Diretamente Observado na Atenção Primária a Saúde em municípios prioritários para Tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos.** 2017. 189f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2017.

Este estudo teve como objetivo analisar a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose, em sua fase de manutenção e expansão, nas unidades de Atenção Primária à Saúde em municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado do Amazonas. Trata-se de um estudo de métodos mistos, do tipo convergente, com a combinação das vertentes quantitativa e qualitativa, realizado em cinco municípios: Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé. Na etapa quantitativa participaram 138 profissionais de saúde e na etapa qualitativa sete enfermeiros e quatro Agentes Comunitários de Saúde. O estudo quantitativo foi caracterizado como um estudo tipo inquérito epidemiológico, sendo aplicado o instrumento “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose – ATP-IINFOC-TB” agrupado em sete domínios de análise. Para a etapa qualitativa foi utilizado um roteiro para entrevista, previamente testado, composto por questões semiestruturadas relacionados às informações gerais do TDO. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2016. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de técnicas de estatística descritiva e multivariada, utilizando o software *Statistica* 12, da *Statsoft.Inc* e programa R versão 3.2.3. Para a organização dos dados qualitativos utilizou-se o software Atlas.ti 7.0., e a análise dos dados foi realizada por meio do referencial teórico metodológico da Análise de Discurso, em três etapas: Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo; Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo; Delineamento da formação discursiva e sua relação com a ideologia. Os resultados apontaram que, dos sete domínios avaliados, cinco (ações da gestão, ações da equipe de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO, prática do TDO e percepção sobre estratégias para melhorar o TDO) apresentaram diferença estatística significativa para média, apresentando os menores valores na avaliação dos profissionais de saúde. Na análise exploratória dos domínios com menores valores e mediante as sequências discursivas analisadas identificou-se uma infraestrutura deficitária; escassez de recursos humanos; necessidade e dificuldade de adaptação do TDO à realidade local; necessidade de potencializar o processo de discussão entre a equipe; dificuldades que permeiam o processo de tratamento da pessoa com TB; a falta de treinamentos e a necessidade do uso de estratégias de sensibilização para melhorar a prática do TDO. Conclui-se que, para avançar na transferência da política do TDO, os municípios necessitam investir em infraestrutura adequada; disponibilização de materiais educativos; recursos humanos suficientes e qualificados e estratégias que atendam aos indivíduos na sua singularidade, como orientações individuais, acolhimento, uso de figuras, roda de conversa e projetos terapêuticos singulares, considerando as características de cada população e os determinantes sociais de saúde.

Palavras chave: Tuberculose. Transferência de Política. Terapia Diretamente Observada. Métodos Mistos. Análise de Discurso.

ABSTRACT

SICSÚ, A.N. **Transfer of the policy of Directly Observed Treatment in Primary Healthcare in priority municipalities for tuberculosis in the Amazon: a mixed methods study.** 2017. 189f. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This study aimed to analyze the transfer of the policy of Directly Observed Treatment (DOT) for tuberculosis, in its phase of maintenance and expansion in the Primary Healthcare Units in priority municipalities for tuberculosis control in the state of Amazonas. This was a mixed methods, convergent study, with a combination of quantitative and qualitative aspects, carried out in five municipalities: Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga and Tefé. A total of 138 health professionals participated in the quantitative stage and seven nurses and four community health agents in the qualitative stage. The quantitative study was characterized as a epidemiological, inquiry study, with the application of the instrument “Policy Transfer Evaluation - Innovation, Information and Knowledge in Tuberculosis - ATP-IINFOC-TB” covering seven analysis domains. For the qualitative step, a pre-tested script, consisting of semi-structured questions related to general information about DOT, was used for the interviews. Data collection was carried out from January to April 2016. The analysis of the quantitative data was performed through descriptive and multivariate statistical techniques, using the Statistica 12 software, *Statsoft. Inc.*, and R version 3.2.3 program. For the organization of the qualitative data the Atlas.ti 7.0 software was used, and data analysis was performed using the methodological theoretical framework of Discourse Analysis in three stages: Passage from the linguistic surface to the discursive object; Passage from the discursive object to the discursive process; Design of the discursive formation and its relation with the ideology. The results showed that, of the seven domains assessed, five (management actions, health team actions, resources for the development of DOT, practice of DOT and perception of strategies to improve DOT) presented statistically significant differences for the mean, presenting the lowest values in the assessment of the health professionals. In the exploratory analysis of the domains with lower values and through the discursive sequences analyzed, the following factors were identified: a deficient infrastructure; shortage of human resources; need and difficulty to adapt DOT to the local reality; need to enhance the process of discussion among the team; difficulties that permeate the treatment process of the person with TB; lack of training; and need to use awareness strategies to improve the practice of DOT. It was conclude that, to advance in the transfer of the DOT policy, the municipalities need to invest in adequate infrastructure; provision of educational materials; sufficient and qualified human resources; and strategies that contemplate individuals in their uniqueness. such as individual guidance, acceptance, use of figures, wheel of conversation and individual therapeutic projects, considering the characteristics of each population and the social determinants of health.

Keywords: Tuberculosis. Policy Transfer. Directly Observed Therapy. Mixed Methods. Discourse Analysis.

RESUMÉN

SICSÚ, A.N. **Transferencia da política del Tratamiento Directamente Observado en la Atención Primaria a la Salud en municipios prioritarios para Tuberculosis en el Estado de Amazonas:** un estudio de métodos mixtos. 2017. 189h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo, 2017.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la transferencia de la política del Tratamiento Directamente Observado (TDO) de la tuberculosis, en su fase de manutención y expansión, en las unidades de Atención Primaria a la Salud en municipios prioritarios para el control de la tuberculosis en el estado de Amazonas. Se trata de un estudio de métodos mixtos, de tipo convergente, con la combinación de las vertientes cuantitativa y cualitativa, realizado en cinco municipios: Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga y Tefé. En la etapa cuantitativa participaron 138 profesionales de la salud y en la etapa cualitativa siete enfermeros y cuatro Agentes Comunitarios de la Salud. El estudio cuantitativo fue caracterizado como un estudio encuesta epidemiológica, siendo aplicado el instrumento “Evaluación de la Transferencia de Políticas – Innovación, Información y Conocimiento en Tuberculosis – ATP-IINFOC-TB” agrupado en siete dominios de análisis. Para la etapa cualitativa fue utilizado un guión para la entrevista, previamente comprobado, compuesto por preguntas semiestructuradas relacionadas a las informaciones generales del TDO. El recogimiento de los datos fue realizado en el período de enero a abril de 2016. El análisis de los datos cuantitativos fue realizado por medio de técnicas de estadística descriptiva y multivariada, utilizando el programa Statistica 12, de la Statsoft.Inc y el programa R versión 3.2.3. Para la organización de los datos cualitativos se utilizó el programa Atlas.ti 7.0., y el análisis de los datos fue realizado por medio del referencial teórico metodológico Análisis de Discurso, en tres etapas: Pasaje de la superficie lingüística para el objeto discursivo; Pasaje del objeto discursivo para o proceso discursivo; Delineamiento de la formación discursiva y su relación con la ideología. Los resultados apuntaron que de los siete dominios evaluados, cinco (acciones de la administración, acciones del equipo de salud, recursos para el desarrollo del TDO, práctica del TDO y percepción sobre estrategias para mejorar el TDO) presentaron diferencias estadísticas significativas para el promedio, presentando los menores valores en la evaluación de los profesionales de la salud. En el análisis exploratorio de los dominios con menores valores y mediante las secuencias discursivas analizadas se identificó: infraestructura deficitaria; escasez de recursos humanos; necesidad y dificultad de adaptación del TDO a la realidad local; necesidad de potencializar el proceso de discusión entre el equipo; dificultades que surgen en el proceso de tratamiento de la persona con TB; y falta de entrenamientos y la necesidad de usar estrategias de sensibilización para mejorar la práctica del TDO. Se concluye que para avanzar en la transferencia del TDO, los municipios necesitan hacer inversiones en una infraestructura adecuada; colocando a disposición: materiales educativos; recursos humanos suficientes y calificados; y estrategias que atiendan a los individuos en su singularidad, como orientaciones individuales, acogimiento, uso de figuras, grupos de conversación y proyectos terapéuticos singulares, considerando las características de cada población y los determinantes sociales de salud.

Palabras clave: Tuberculosis. Transferencia de Política. Terapia Directamente Observada. Métodos Mixtos. Análisis de Discurso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Incidência de TB de todas as formas em municípios prioritários do estado do Amazonas	24
Figura 2 - Evolução das Estratégias Globais da OMS.....	27
Figura 3 - Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo <i>The PRISMA Group</i> (2015), Ribeirão Preto/SP, 2016.....	33
Figura 4 - Modelo de Análise para transferência de Políticas de Saúde	47
Figura 5 - Fluxo das etapas do estudo	67
Figura 6 - Fluxo de atendimento ao sintomático respiratório na ESF dos municípios prioritários do interior do estado do Amazonas	70
Figura 7 - Mapa dos municípios prioritários para o controle da TB no estado do Amazonas segundo indicadores da doença, 2015.	70
Figura 8 - Mapa Perceptual sobre recursos para o desenvolvimento do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.	93
Figura 9 - Mapa Perceptual da prática do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.	103
Figura 10 - Mapa Perceptual das Ações da equipe de saúde para a manutenção e expansão do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	110
Figura 11 - Mapa Perceptual das ações da gestão para a manutenção e expansão do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	127
Figura 12 - Mapa Perceptual das estratégias para manutenção e expansão do TDO segundo a percepção dos profissionais de saúde da APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação dos estudos originais incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico, título e objetivo do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2016.....	34
Tabela 2 - Caracterização dos municípios prioritários para o controle da TB do estado do Amazonas segundo indicadores municipais, 2015.....	69
Tabela 3 - Qualidade, autovalor e inércia segundo domínios de análise. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé - AM, 2016.....	79
Tabela 4 - Contribuição absoluta das variáveis segundo dimensão. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé - AM, 2016.....	80
Tabela 5 - Estimativa dos parâmetros do modelo de regressão Beta do escore geral das ações de TP do TDO segundo municípios, categoria profissional e tempo de serviço. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	87
Tabela 6 - Valores preditos para o modelo de regressão Beta em relação à média e ao desvio padrão segundo município e categoria profissional. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	88
Tabela 7 - Estimativa dos parâmetros do modelo de regressão Beta inflacionada dos domínios das ações de TP do TDO segundo município, categoria profissional e tempo de serviço. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	90
Tabela 8 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo as ações do domínio Recursos para o desenvolvimento do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	92
Tabela 9 - Média e escores padronizados das respostas dos participantes segundo prática do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	102
Tabela 10 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo as ações da equipe de saúde. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	109
Tabela 11 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo ações da gestão. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	126
Tabela 12 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo percepção sobre estratégias para melhorar o TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016.....	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB	Tuberculose
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
TP	Transferência de Política
AD	Análise de discurso
TDO	Tratamento Diretamente Observado
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MDR	Multidroga Resistente
SUS	Sistema Único de Saúde
REDE-TB	Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil
MS	Ministério da Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
ESF	Estratégia de Saúde Família
APS	Atenção Primária à Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
CDC	Centers for Disease Control
RNTA	Royal Netherlands Tuberculosis Association
ATA	American Thoracic Association
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

ATP-IINFOC-TB	Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose
BEINF	Beta Inflacionada
GAMLSS	Generalized additive models for location, scale and shape
AIC	Critério de Informação de Akaike
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
COS2	Contribuição absoluta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Epidemiologia da Tuberculose: do contexto mundial ao contexto da pesquisa.....	23
1.2 Estratégias globais para o enfrentamento da Tuberculose: DOTS, Stop TB e End TB.....	25
1.3 O tratamento diretamente observado nas políticas nacionais para o controle da Tuberculose	28
1.4 O tratamento diretamente observado: a sua inserção nos serviços de saúde.....	29
1.5 Revisão Integrativa de Literatura.....	32
1.6 Justificativa do estudo	39
2 OBJETIVOS.....	43
2.1 Objetivo Geral.....	43
2.2 Objetivos Específicos	43
3 REFERENCIAIS.....	45
3.1 Referencial Teórico: Transferência de Políticas.....	45
3.2 Referencial Teórico-Metodológico: Análise de Discurso de Matriz Francesa ...	56
4 MÉTODOS	66
4.1 Tipo de estudo	66
4.2 Cenário de Estudo / Condições de produção amplas (contexto histórico e ideológico).....	68
4.3 Participantes do estudo	71
4.4 Instrumentos de coleta de dados e variáveis	72
4.5 Procedimentos de coleta de dados.....	74
4.6 Tratamento dos dados	75
4.7 Plano de análise.....	76
4.7.1 Primeira etapa: avaliação geral e dos domínios das ações de TP do TDO	76
4.7.2 Segunda etapa: integração das abordagens quanti e qualitativa para análise dos domínios com resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis	78
4.8 Aspectos éticos.....	85
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
5.1 Avaliação geral e por domínios das ações de saúde relacionadas à TP do TDO.....	87
5.2 Avaliação das ações de TP do TDO dos domínios com resultados menos favoráveis versus discursos dos enfermeiros e ACS por município	92
5.2.1 Domínio: Recursos para o desenvolvimento do TDO.....	92

5.2.2	<i>Domínio: Prática do TDO pelos profissionais de saúde.....</i>	102
5.2.3	<i>Domínio: Ações da equipe de saúde para a manutenção e expansão do TDO na APS</i>	109
5.2.4	<i>Domínio: Ações da gestão para a manutenção e expansão do TDO na APS..</i>	126
5.2.5	<i>Domínio: Percepção sobre as estratégias para melhorar o TDO</i>	134
5.3	Limitação do estudo.....	144
5.4	Implicações para a Pesquisa e Prática de Enfermagem.....	144
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
	REFERÊNCIAS	151
	APENDICE A - Roteiro para entrevista	169
	APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	170
	APÊNDICE C - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio ações da gestão	172
	APÊNDICE D - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio ações da equipe.....	173
	APÊNDICE E - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio recursos para o desenvolvimento do TDO	174
	APÊNDICE F - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO	175
	APÊNDICE G - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio percepção sobre o TDO	176
	APÊNDICE H - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio prática do TDO	177
	APÊNDICE I - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio percepção sobre estratégias para melhorar o TDO.....	178
	ANEXO A - Instrumento de coleta de dados ATP-IINFOC-TB para os profissionais de saúde	180
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética da EERP/USP	183
	ANEXO C - Anuência da Fundação de Vigilância em Saúde do estado do Amazonas .	184
	ANEXO D - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Itacoatiara.....	185
	ANEXO E - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Manacapuru.....	186
	ANEXO F - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Parintins	187
	ANEXO G - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Tabatinga.....	188
	ANEXO H - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Tefé.....	189

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A motivação para desenvolver pesquisa com a temática tuberculose (TB) surgiu a partir do ingresso no curso de mestrado pois, durante minha vida acadêmica, observei esse tema ser abordado de forma incipiente, apesar de sua magnitude no estado do Amazonas.

Por outro lado, durante o desenvolvimento da dissertação, tive importantes experiências relacionadas ao tema. Destaco minha visita técnica ao Centro de Referência de Pneumologia Sanitária do Amazonas, que me possibilitou acompanhar o fluxo de atendimento aos usuários, desde a sua entrada no serviço até a definição do diagnóstico e início do tratamento, além de realizar orientações para coleta da amostra de escarro e consulta de Enfermagem aos sintomáticos respiratórios e pessoas com TB.

No Instituto de Pesquisa da Amazônia, aprendi a avaliar e processar amostras de escarro, realizar baciloscopia direta e, após centrifugação, meios de cultura, coloração e leitura das lâminas. Essas experiências me aproximaram bastante da realidade das pessoas com TB, do contexto epidemiológico e do diagnóstico da TB no Amazonas, o que foi o fio condutor para prosseguir pesquisando essa temática.

Assim, ao iniciar a carreira docente na Universidade do Estado do Amazonas (UEA), iniciei atividades de orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso e Iniciação Científica voltadas à temática, sendo crescente o interesse em pesquisas que permitiam a aproximação de novos horizontes relacionados ao controle da TB.

No doutorado, o convite para trabalhar com Transferência de Políticas (TP) e Análise de Discurso (AD) foi desafiador. Primeiro, porque minha formação até então era estritamente voltada para a abordagem quantitativa e permeada pela objetividade. Segundo, porque tanto a TP quanto a AD eram temas totalmente novos, subjetivos e complexos para mim.

Mais adiante, no meu exame de qualificação, fui apresentada ao estudo de Métodos Mistos, com uma perspectiva diferente das pesquisas já realizadas com abordagens quantitativa e qualitativa, o que somou à lista de desafios para o desenvolvimento desta tese e permitiu compreender a importância de olhar um objeto por meio de estudo que mescle dados quantitativos e qualitativos, possibilitando uma visão ampliada e diferenciada do Tratamento Diretamente Observado (TDO), objeto central desse trabalho. Com o estudo da TP foi possível um melhor entendimento dos processos que permeiam o TDO, desde sua inserção a nível mundial até o contexto local, onde as práticas são realizadas.

Em relação à AD, os primeiros contatos foram impactantes, pois como considerá-la como lente analítica de dados da área da saúde, frente aos diversos sentidos produzidos pelo

discurso? A trajetória foi longa e as minhas constantes inquietações eram propulsoras para imergir no universo da AD na tentativa de compreendê-la. Foi então que compreendi que, apesar do discurso produzir vários sentidos, não poderia aceitar qualquer sentido, pois assim como a língua não é totalmente fechada em si mesma, sem falhas ou equívocos, o discurso também não poderia ser visto como liberdade em ato, totalmente sem condicionantes linguísticos ou determinações históricas. A partir do momento que percebi que as possibilidades do dizer deviam ser fundamentadas pelo contexto histórico, social e epidemiológico, cabendo ao analista explicitar, descrever e interpretar o discurso presente na materialidade do texto, passei a compreender a importância e o cientificismo da AD para as pesquisas em saúde.

Essa nova percepção de pesquisa me possibilitou a valorização tanto da abordagem quantitativa quanto qualitativa, pois percebi o avanço na compreensão do objeto de estudo quando considerada a somatória dessas duas abordagens. Dessa forma, me propus a desenvolver a pesquisa em cinco municípios prioritários para TB no estado do Amazonas. Este estudo integra o projeto multicêntrico intitulado “Avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital Universal 14/2014 CNPq/Processo 458083/2014-3). O presente estudo contou também com o auxílio financeiro (bolsa de doutorado regular no país) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), Edital n. 004/2013 - RH-Doutorado – fluxo contínuo.

Cabe destacar que a tese está organizada em seis capítulos. No primeiro, descrevo objetivamente a situação epidemiológica da TB no mundo, delimitando para o contexto da pesquisa, as estratégias globais para enfrentamento da TB e como o TDO permanece recomendado nessas estratégias e contribui para o controle da TB. Apresento uma Revisão Integrativa da Literatura com os estudos publicados referentes ao tema, mostrando as lacunas existentes e aponto a importância e as principais contribuições do presente estudo. No segundo capítulo, estão descritos os objetivos (geral e específicos) do estudo, e no terceiro os referenciais que fundamentam o estudo teoricamente (TP) e teórico-metodologicamente (AD). No quarto capítulo, apresento os métodos utilizados para o alcance dos objetivos propostos, e no quinto os resultados conforme objetivos traçados para o estudo. Finalmente, o sexto capítulo traz as conclusões e considerações finais, que incluem possíveis direcionamentos.

Destaco que, além das contribuições científicas, este estudo apresentou grande contribuição pessoal e profissional, com repercussão na qualidade do meu trabalho enquanto docente e pesquisadora, além de me permitir aproximar de referenciais importantes para a pesquisa em Saúde como a TP, AD e Estudos de Métodos Mistos.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia da Tuberculose: do contexto mundial ao contexto da pesquisa

A TB é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch, em homenagem ao cientista alemão responsável pela descoberta em 1882 - Robert Koch (CAMBAU; DRANCOURT, 2014).

Apesar dos avanços no tratamento quimioterápico e de técnicas diagnósticas mais eficientes, a TB permanece como uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsável por cerca de 1,4 milhões de mortes anualmente e com 10,4 milhões de casos novos (WHO, 2016), considerada como um importante problema de saúde pública mundial (FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Embora a distribuição da TB seja universal, existe uma concentração em 30 países, com 84% dos casos de TB existentes no mundo; destes, cinco pertencem à região do Pacífico Ocidental (Papua-Nova Guiné, Camboja, China, Filipinas, Vietnã); seis à região do Sudeste Asiático (Bangladesh, Indonésia, Índia, Myanmar, Tailândia, República Popular Democrática da Coreia); dezesseis à região Africana (Angola, República Centro-Africana, Congo, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Lesoto, Libéria, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Serra Leoa, África do Sul, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue); um à região do Mediterrâneo Oriental (Paquistão); um à região Europeia (Federação Rússia) e um à região das Américas (Brasil) (WHO, 2016).

São 20 países com alta carga de TB baseada em número absoluto de casos incidentes e 10 países com maior proporção de novos casos na população. A maior parte do número estimado de casos em 2015 ocorreu na Ásia (61%) e na Região Africana (26%), com menor proporção de casos ocorridos na região do Mediterrâneo Oriental (7%), Região Europeia (3%) e Região das Américas (3%) (WHO, 2016).

O Brasil ocupa a 20ª posição em número absoluto de casos da doença, sendo notificados 81.137, com mortalidade de 2,7/100.000 e incidência de 41/100.000 habitantes. Além disso, apresenta taxa de cura de 71%, considerada abaixo da meta definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2016). As regiões Norte e Sudeste figuram como as regiões com maior coeficiente de incidência do país, com 37,4/100.000 hab. e 34,1/100.000 hab., respectivamente, tendo o Amazonas (70,1/100.000 hab.) e o Rio de Janeiro (54,5/100.000 hab.) as maiores contribuições para a configuração desse quadro nessas regiões. As capitais com maior incidência do país são Manaus (98,3/100.000 hab.), Porto Alegre

(88,8/100.000 hab.), Recife (78,3/100.000 hab.) e Rio de Janeiro (66,8/100.000 hab.) (BRASIL, 2016a).

O estado do Amazonas possui o maior coeficiente de incidência de TB (70,1/100.000 hab.) registrados em todo o território nacional, com taxa de mortalidade da doença de 3,3/100.000 hab. e abandono do tratamento de 13,3/100.000 hab., maiores que as taxas nacionais (BRASIL, 2016a). O estado apresenta, sob o ponto de vista epidemiológico, características diferenciadas em relação ao restante do país, as quais se dão tanto pela diversidade ambiental, quanto pelas formas de sua ocupação e exploração (CONFALONIERI, 2005). É um estado marcado pela heterogeneidade, com diferenças sociais, geográficas, culturais e de acessibilidade importantes. De tal modo, apresenta sérios problemas na operacionalização do controle da TB em diversos municípios, com implicações para a efetividade do programa e o alcance das metas de elevação da cura (HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013; LAVÔR; PINHEIRO; GONÇALVES, 2016).

A série histórica da incidência de TB de todas as formas em Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé, municípios prioritários para o controle da TB no Amazonas nos últimos cinco anos, está apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Incidência de TB de todas as formas em municípios prioritários do estado do Amazonas

Fonte: FVS, 2016.

Diante da epidemiologia apresentada, a TB torna-se um grave problema de saúde pública no mundo, no Brasil e, mais especificamente, no estado do Amazonas. Contudo, a doença pode ser curada se diagnosticada e tratada em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e da OMS, e controlada se existir compromisso político e técnico dos gestores em todos os níveis de atenção do sistema, o que implica ofertar e/ou intermediar as condições necessárias para execução das ações de controle da TB. Assim, também, é necessário compromisso dos profissionais de saúde para atuarem de forma articulada entre si e com outros setores da sociedade, desenvolvendo ações de sensibilização da população.

1.2 Estratégias globais para o enfrentamento da Tuberculose: DOTS, Stop TB e End TB

Desde quando a TB foi anunciada como uma calamidade mundial, a OMS vem implementando sucessivas políticas para diminuir seus alarmantes números. O progresso mais significativo no controle da TB nas últimas décadas foi devido ao desenvolvimento e implementação de estratégias globais, que representam uma combinação de componentes técnicos e organizacionais que permitem o funcionamento da rede de diagnóstico, e que são facilmente aplicáveis na população (STOŠIĆ et al., 2015). As estratégias implementadas mundialmente, especialmente nos países com alta carga da doença, são: Estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) (1994 a 2005), a *estratégia STOP TB* (2006-2015) e a *estratégia END TB* (2015-2035).

Em 1993, a OMS declarou a TB uma emergência global e, em resposta ao quadro epidemiológico, lançou formalmente em 1994 a Estratégia DOTS, cujas metas propostas eram curar 85% dos casos novos com baciloscopia positiva e detectar 70% dos casos existentes até o ano 2000, visando interromper a cadeia de transmissão e evitar a multirresistência aos medicamentos (CHAUDHRY et al., 2015). Esta estratégia compreende um conjunto de medidas que se completam, as quais se fundamentam em cinco pilares: compromisso político com as ações de controle da TB; retaguarda laboratorial com detecção precoce dos casos e diagnóstico via exames bacteriológicos com garantia de qualidade; tratamento diretamente observado por meio da supervisão da ingesta do medicamento e apoio à pessoa com TB; distribuição e estoque de medicamentos com fornecimento regular das drogas antituberculose e sistema de informação que permita não somente um programa de gestão eficaz, mas também promova a pesquisa operacional, facilitando a avaliação e auditoria (WHO, 1999).

Dessa forma, acreditou-se que a Estratégia DOTS era o caminho mais eficaz para o controle da TB. O número de países que implementou a estratégia aumentou de forma constante de 1995 a 2003 e manteve-se estável em cerca de 180 países (KINGSLEY et al., 2011). Em 2004, mais de 20 milhões de pessoas com a doença foram tratadas por intermédio de programas com a estratégia DOTS em todo o mundo e mais de 16 milhões obtiveram a cura (WHO, 2006). Entretanto, apesar de ter contribuído em grande parte para um considerável avanço no controle da TB na última década, especialmente em países com elevada carga de TB, a OMS reconheceu que a política não era suficiente e precisava ser ampliada.

Nesse sentido, em 2001 lançou a Estratégia Stop TB, com metas globais de impacto visando detectar através da baciloscopia pelo menos 70% dos novos casos de TB ativa e curar pelo menos 85% até 2005, além de reduzir pela metade das taxas de incidência e mortalidade até 2015. A estratégia Stop TB possui seis componentes, que tinham como foco: buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS; lidar com TB/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), TB Multidroga Resistente (MDR) e outros desafios; contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde; engajar provedores de assistência global; contar com o apoio dos portadores de TB, bem como as comunidades; permitir e promover a pesquisa (WHO, 2015). Destaca-se que embora tenha sido implementada a estratégia Stop TB, a estratégia DOTS permanece inserida como um de seus componentes.

Apesar de todos os esforços, o relatório da OMS elaborado em 2015 sinalizou que as metas propostas pela estratégia Stop TB não foram atingidas (WHO, 2015). Desse modo, neste mesmo ano, foi lançada a Estratégia End TB visando prevenir, controlar e eliminar a TB (< 1 caso por 100.000 habitantes) até 2050.

Salienta-se que a Estratégia End TB evoluiu das estratégias globais anteriores para responder aos novos desafios e aproveitar as novas oportunidades, tendo como meta a redução de 90% de incidência e 95% da taxa de mortalidade até 2035, o que significa que a carga global de TB deve ser similar à carga de países com baixa incidência. Esta mudança é ambiciosa em comparação com a estratégia anterior, que visava unicamente reverter a incidência dentro de um prazo de 15 anos. Muitas das intervenções necessárias para alcançar as ambiciosas metas dessa estratégia estão ancoradas na Agenda do Desenvolvimento das metas do milênio, especialmente as que exigem o envolvimento de outros setores, como as relacionadas aos determinantes sociais e econômicos de TB (WHO, 2015; LO'NNROTH; RAVIGLIONE, 2016). Ressalta-se que o Brasil teve papel de destaque ao ser o principal

proponente da Estratégia End TB, devido a sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (REDE-TB) (BRASIL, 2017).

A Estratégia End TB está norteada por três grandes pilares fundamentais e indissociáveis: cuidado integrado centrado na pessoa adoecida e com foco na prevenção; políticas ousadas e sistemas de saúde de cobertura universal; a intensificação das pesquisas e inovações relacionadas à área (WHO, 2015). Acresce-se aos pilares a questão da proteção social enquanto base fundamental de melhoria do acesso e qualidade de vida das pessoas com TB e suas famílias. Destaca-se que, embora implementada a End TB, o TDO permanece sendo recomendado dentro do primeiro pilar, “cuidado integrado centrado à pessoa adoecida”.

Resume-se na Figura 2 a evolução das estratégias globais de controle da TB, isto é, as políticas implementadas ao longo do tempo e seus pilares.

Figura 2 - Evolução das Estratégias Globais da OMS

Fonte: Adaptado da WHO, 2015.

Observa-se na Figura 2 que, dentre os pilares da Estratégia DOTS, ressalta-se o TDO, que vem permeando as políticas globais de controle da TB. O TDO é considerado como um importante instrumento técnico que coopera para o alcance das metas. Recomenda-se a sua execução como meio para melhorar a adesão da pessoa adoecida ao tratamento (WHO, 2016).

1.3 O tratamento diretamente observado nas políticas nacionais para o controle da Tuberculose

Assim como no cenário mundial, as políticas de controle da TB adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) evoluíram a partir da necessidade de melhorar os indicadores epidemiológicos da doença. Desde 1993, quando a OMS declarou a TB uma emergência global, o Brasil sinalizou seu posicionamento frente à nova compreensão do problema com marcos pontuais (HIJJAR et al., 2007).

Em 1996, dois anos após o lançamento da Estratégia DOTS pela OMS, o MS do Brasil lançou o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, que tinha como objetivo aumentar a efetividade das ações de controle da TB, primeiramente em 230 municípios prioritários (RUFFINO-NETTO, 2001; RUFFINO-NETTO, 2002; VILLA et al., 2006). Estes municípios foram selecionados levando em consideração a situação epidemiológica e representavam 75% dos casos do país. Ressalta-se que já se constituía um objetivo do plano emergencial, a realização do TDO em pessoas com TB com maior risco de abandono, como a população de rua, privada de liberdade, alcoolistas, drogaditos, etc. (BRASIL, 1997).

Em 1998, por meio da Resolução n.284, a TB foi considerada problema prioritário de saúde pública no país, e concluiu-se que o Plano Emergencial necessitava de ajustes e ampliação. Assim, foi lançado, nesse mesmo ano, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, sendo as ações de controle ampliadas a todos os municípios, independentemente se enquadrados em prioritários ou não, e introduziu-se como inovação a oficialização da prática do TDO, sendo recomendada a todos as pessoas com baciloscopia positiva (BRASIL, 1999; RUFFINO-NETTO, 2001; RUFFINO-NETTO, 2002).

Visando complementar o Plano Nacional de Controle da TB, em 2000, foi lançado o Plano Estratégico para implementação do plano de controle da TB no Brasil no período de 2001-2005, o qual considera a parceria com os serviços da atenção primária para a expansão as ações de controle da TB, com finalidade de detectar o maior número de casos. A implantação do TDO em 100% das unidades de saúde nos 329 municípios prioritários estava entre as metas para o período de 2001 a 2002, e a implantação em 1.000 unidades de atenção primária integradas ao Programa de Controle da TB (PCT) em todos os municípios brasileiros estava entre as metas para o período de 2003 a 2005 (BRASIL, 2000).

A partir de 2003, a TB foi incluída na agenda de prioridades das políticas públicas do país. O MS pactuou o fortalecimento da estratégia DOTS com as demais esferas de gestão como principal instrumento para o alcance das metas internacionais de detecção de 70% dos

casos bacilíferos estimados e de pelo menos 85% de cura dos casos tratados. Em 2004, foi aprovado o Plano de Ação do PNCT, fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB (SANTOS, 2007a). Este plano reconhece a importância do TDO e a necessidade de horizontalizar o combate a TB, ampliando-o para todos os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004).

Em 2006, o MS do Brasil lançou o Plano Estratégico para o controle da tuberculose no Brasil no período de 2007-2015, cujo objetivo principal é reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, implementando a estratégia DOTS. Esse plano está alinhado às diretrizes da Estratégia STOP TB, que prima em seu primeiro componente pelo fortalecimento da Estratégia DOTS (BRASIL, 2006).

Atualmente, três anos após a OMS lançar a Estratégia End TB, o MS do Brasil, lançou o Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como problema de saúde pública, fundamentado no modelo proposto pela OMS. Segundo estimativas do MS, com a diminuição do coeficiente da Aids, aumento da cobertura da Estratégia de Saúde Família (ESF) e realização do TDO em 90% dos casos, no período de 21 anos seriam evitados 138.440 casos incidentes no Brasil; com essa projeção, a taxa de incidência de casos novos de TB seria de 20,7/100 mil hab. no ano de 2035 (BRASIL, 2017).

Frente ao exposto, verifica-se que o TDO vem sendo transferido das políticas globais da OMS para as políticas nacionais brasileiras, as quais apontam a sustentabilidade do TDO como importante elemento na luta contra a TB.

1.4 O tratamento diretamente observado: a sua inserção nos serviços de saúde

O TDO como elemento constituinte das estratégias globais foi recomendado pela OMS no início da década de 1990, sendo subsequentemente transferido para os diversos países no mundo onde a TB permanecia como problema de saúde pública (PORTER; OGDEN 2001). Considerado uma inovação de baixa densidade tecnológica, o TDO consiste na observação da ingestão medicamentosa por um profissional de saúde ou familiar treinado (FISEHA; DEMISSIE, 2015).

O TDO é uma atribuição da Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2001, quando os municípios passaram a responder pelas ações de controle da TB, conforme a vigência da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Nessa, o PCT foi reconhecido como uma das ações estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada a ser incorporada pelos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2002).

A APS é caracterizada como a principal porta de entrada do SUS, pois utiliza tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância no território de abrangência, como é o caso da TB (FARIAS et al., 2015). Ademais, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, com vínculo e proximidade dos usuários, aspectos centrais para atenção às pessoas com TB, estando em melhores condições de identificar os sintomáticos respiratórios, diagnosticar e iniciar o esquema básico de tratamento (BRASIL, 2012). Nesse sentido, é necessário fortalecer o processo de trabalho na APS, haja vista que as ações de controle da TB devem ser amplamente difundidas nesse nível de atenção (SILVA et al., 2007).

Como mencionado, o TDO foi oficialmente introduzido no Brasil em 1998, apesar de já ser realizado pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desde 1962 (RUFFINO-NETO, 2002). No estado do Amazonas, no final de 2000, havia apenas uma unidade com o TDO implantado (RUFFINO-NETO, 2001).

Cabe acentuar que o TDO é um divisor de opiniões desde a sua inserção no contexto mundial; enquanto uns o consideravam a solução para o controle da TB, outros criticavam a insuficiência técnica e a falta de evidências que comprovassem a sua eficácia em diferentes contextos, alegando que o mesmo poderia ser inapropriado para implementação em contextos locais (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Se, por um lado, alguns estudos questionam a necessidade de realização do TDO, indicando que o mesmo não confere qualquer benefício em relação ao autoadministrado (ZWARENSTEIN et al., 1998; WALLEY et al., 2001; KARUMBI; GARNER, 2015); por outro, estudos apontam que o TDO é essencial e eficaz para o êxito do tratamento e para eliminação da TB (CHAN; ISEMAN, 2002), apresentando melhores resultados em relação à cura, mortalidade, TBMDR e adesão do que o tratamento autoadministrado (JASMER et al., 2004; VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

Várias críticas são apontadas pela literatura em relação ao TDO que ultrapassam a questão da efetividade. O TDO é visto por alguns como desnecessário e desrespeitoso (VOLMINK; GARNER, 2006), uma prática autoritária e alienante que reduz a responsabilidade das pessoas com TB em relação ao autocuidado (ARNADOTTIR, 2009), sendo um tratamento que pode infantilizar e constranger a pessoa adoecida (QUEIROZ et al., 2012), além de não resolver a problemática da adesão ao tratamento (KARUMBI; GARNER, 2015).

Em contrapartida, a literatura assinala também que o TDO é importante para o estabelecimento de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização, permitindo a

relação entre profissional e a pessoa com TB e a ampliação do foco terapêutico para além do tratamento médico (FRIEDEN; SBARBARO, 2007, SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012), como também é uma política favorável à adesão terapêutica e a prevenção das consequências clínicas, epidemiológicas e sociais de um tratamento irregular (SOUZA et al., 2014).

Em estudo realizado por Surniche (2015), em centro de referência de Ribeirão Preto com pessoas com TB, verificou-se que o TDO era realizado algumas vezes de forma impositiva e outras de forma negociada. No discurso de uma das pessoas acometidas pela TB observou-se uma falta de flexibilização na instituição do TDO, haja vista que a modalidade era imposta até mesmo aos indivíduos que já realizavam o tratamento na modalidade autoadministrada e não faltavam às consultas, o que gerava desconforto a pessoa adoecida, pois interferia em sua rotina, ocasionando um estranhamento referente à restrição de sua liberdade. Por outro lado, outra pessoa com TB expressou contentamento em realizar o TDO no serviço de saúde após negociações com este.

Assim, entre consensos e dissensos, considera-se que o TDO claramente não pode resolver sozinho a problemática tão complexa que envolve a TB; contudo, constitui-se em um instrumento importante que pode contribuir substancialmente para seu controle, por meio da promoção da adesão ao tratamento e alcance da cura da doença, principalmente em indivíduos mais vulneráveis. Destaca-se a importância de oferecer condições favoráveis a pessoa adoecida, levando em consideração suas características individuais e respeitando sua autonomia.

Frente ao exposto, identificaram-se as diversas políticas de controle da TB implementadas ao longo do tempo e a permanência do TDO no contexto atual do combate a TB, apesar da incongruência apontada pela literatura em relação à sua efetividade. Observou-se o processo de transferência das políticas globais e de seus componentes, sejam elas no conjunto ou na individualidade, como no caso do TDO, que é objeto deste estudo e vem sendo transferido de um determinado nível governamental para os serviços de saúde (DOLOWITZ; MARSH, 1996; EVANS, 2006). Diante disso, buscou-se identificar, por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura, o estado da arte sobre a transferência de políticas direcionadas ao controle da TB, com o intuito de contextualizar o TDO nessas produções.

1.5 Revisão Integrativa de Literatura

Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura nas bases de dados: PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Embase, visando responder o seguinte questionamento: Qual a produção científica sobre a transferência de políticas direcionadas ao controle da TB? Utilizou-se os descritores (1) “Tuberculosis”, e (2) “Directly Observed Therapy” e a palavra-chave (3) “Policy Transfer” com seus respectivos termos em português. Foram utilizadas duas estratégias de buscas utilizando o operador booleano “AND”: (1) AND (2) AND (3); (1) AND (3).

As buscas foram realizadas no mês de outubro de 2016. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos científicos originais sobre transferência de políticas relacionados especificamente a TB, publicados nos idiomas espanhol, inglês e português, independentemente do ano de publicação. Foram excluídos os artigos duplicados.

Para inclusão dos estudos, realizou-se a leitura minuciosa do título e do resumo de cada publicação, a fim de verificar a adequabilidade com os critérios estabelecidos. Quando surgiam dúvidas em relação ao conteúdo dos trabalhos, estes foram pré-selecionados para posterior análise na íntegra. O número final de estudos primários que atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão integrativa da literatura foi 11.

A Figura 3, consoante ao fluxograma *PRISMA* (2015), tem a finalidade de mostrar as etapas percorridas para a seleção dos estudos primários incluídos na revisão.

Figura 3 - Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo *The PRISMA Group* (2015), Ribeirão Preto/SP, 2016

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos artigos sobre TP relacionada às políticas voltadas para a TB.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico, título e objetivo do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2016

Autores, ano de publicação e país de estudo*	Revista	Título	Objetivo do estudo
Oliveira, R.C.C. et al. (2016) – (Brasil)	Texto Contexto Enferm,	Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado TDO da TB.	Analisar os discursos de gestores distritais sobre o conhecimento e a informação relacionada à transferência de política do TDO da TB.
Colvin, C.J. et al. (2015) – (África do Sul)	Int J Tuberc Lung Dis	Transferência de políticas globais na introdução de novos diagnósticos moleculares de TB no Sul da África.	Examinar a transferência de políticas para dois testes de diagnóstico molecularares Genotype TBMDR plus Xpert MTB/RIF.
Silva L.M.C. et al. (2015a) – (Brasil)	Rev Panam Salud Publica	Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do TDO como política de controle da TB.	Descrever o processo de elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do TDO segundo a perspectiva de profissionais de saúde.
Oliveira R.C.C. et al. (2015) – (Brasil)	Rev Bras Enferm.	Discursos de gestores sobre a política do TDO para TB.	Analisar os discursos dos gestores acerca da transferência de política do TDO para o controle da TB no município de João Pessoa/PB.
Brown, G.W. (2014) - (África do Sul)	Review of International Studies	Difusão de normas e fortalecimento do sistema de saúde: A relevância persistente da liderança nacional na governança global em saúde.	Explorar a continuidade da relevância da liderança nacional na governança global em saúde, apresentando a comparação dos achados de dois estudos de caso que analisam os mecanismos de governança do sistema de saúde da África do Sul e medidas de fortalecimento do sistema de saúde entre 2002 e 2012.
Souza et al. (2014) – (Brasil)	Rev Esc Enferm USP	Atuação da Enfermagem na transferência da política do TDO da TB.	Analisar a transferência de política do TDO da TB sob a perspectiva da Enfermagem.
Bissell, K.; Lee, K.; Freeman, R. (2011) – (México)	Int J Tuberc Lung Dis	Análise da transferência de políticas: perspectivas para Pesquisa Operacional.	Apresentar um modelo para analisar transferência de política e discutir suas potencialidades, práticas e aplicações.
Schneider, L. et al (2006) - (África do Sul)	Global Public Health	Sistemas de Saúde e Implementação de programas de doenças: Estudo de caso da África do Sul.	Analisar a transferência e implementação de duas estratégias para doenças infecciosas formuladas internacionalmente, nomeadamente, terapia diretamente observada (DOTS) para TB e Manejo Sindrômico (SM) para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
Cliff, J.; Walt, G.; Nhatave, I. (2004) - (Moçambique)	Journal of Public Health Policy	O que há em um nome? Transferência de Política em Moçambique: DOTS para TB e gestão para doença sexualmente transmissível.	Apresentar os achados do estudo de caso do processo de transferência e implementação das políticas em Moçambique, extraindo lições apropriadas para os profissionais de saúde a nível nacional.
Ogden, J.; Walt, G.; Lush, L. (2003)	Social Science & Medicine	A política do "branding" na transferência de políticas: O caso do DOTS para o controle da tuberculose.	Explorar os processos envolvidos na transferência do DOTS entre os níveis internacional e nacional.
Porter J.D.; Ogden J.A.(2001)	Ann N Y Acad Sci.	Oportunidades perdidas ? Coerção ou Compromisso: Políticas de Prevenção.	Analisar os resultados da introdução da Estratégia DOTS nos programas de controle e discute pesquisas relacionadas ao TDO. Discute também como o DOTS foi criado, administrado e transferido para o nível nacional e local.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

* Quando aplicável

Verifica-se que o maior número de publicações concentrou-se nos últimos cinco anos, especialmente no ano de 2015, indicando o caráter recente das pesquisas envolvendo a TP e o aumento do interesse dos pesquisadores em utilizar esse referencial nas pesquisas sobre TB.

Observou-se que a maioria dos trabalhos foi realizada em locais com alta carga da doença, como Brasil, África do Sul e Moçambique.

O primeiro estudo no mundo sobre TP relacionada à TB foi realizado em 2001, por Porter e Ogden. Os autores abordaram a história da Estratégia DOTS, a importância de uma boa infraestrutura e do apoio aos profissionais para o sucesso de uma política e sobre a transferência da Estratégia DOTS do nível internacional para o nível nacional e local, enfatizando a linearidade do processo. Realizaram ainda uma reflexão sobre a eficácia de um processo cíclico, em que um fluxo paralelo de informações do nível local pudesse servir como evidência para influenciar a criação de políticas internacionais.

Dois anos após, Ogden; Walt; Lush (2003) realizaram um estudo por meio de revisão de literatura e entrevistas com os atores-chave das principais organizações envolvidas na política da TB para compreender os processos envolvidos na transferência da Estratégia DOTS. O processo de reaparecimento da TB nas agendas de políticas de saúde internacionais e nacionais e o desenvolvimento da política foram abordados como duas fases particularmente cruciais para a transferência de uma política. Os autores descrevem ainda que a principal motivação para a criação da estratégia adveio do interesse político em mobilizar recursos para TB, partindo de um momento propício (advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)/surto de TBMR em Nova York) para influenciar a opinião pública “A TB é um problema/DOTS é a solução”, sendo percebida pela comunidade acadêmica da época como autocrática, rígida e até mesmo intimidadora.

Por outro lado, o estudo de Cliff; Walt; Nhatave (2004), realizado em Moçambique, analisou até que ponto duas políticas de doenças infecciosas promovidas a nível mundial (DOTS para TB e gestão sindrômica para doenças sexualmente transmissíveis) foram transferidas voluntária ou coercivamente. Tal estudo sugeriu que as diretrizes emanadas dessas políticas não foram impostas, mas evoluíram na década de 1980 por meio de redes técnicas de especialistas nacionais e internacionais. Além do mais, foi a experiência a nível de país que alimentou as políticas promovidas globalmente nos anos 1990. No momento em que as políticas foram transferidas pela OMS e outras organizações internacionais para os países em desenvolvimento nos anos 90, Moçambique já havia adotado suas diretrizes para boas práticas.

Assim, o estudo de Cliff; Walt; Nhatave (2004) contrapõe os achados de Porter e Ogden (2001) em relação à linearidade do processo de transferência da Estratégia DOTS e afirma que a obrigatoriedade na adoção de determinadas políticas pode levar ao fracasso na implementação da mesma por falta de apropriação ou comprometimento. Mas, mesmo quando a transferência é por intermédio de um processo de aprendizagem transnacional, como foi o caso de Moçambique, é extremamente difícil garantir a implementação em todo o sistema de saúde.

Schneider et al. (2006) utilizaram ferramentas de análise de políticas para buscar conclusões de experiências com a estratégias DOTS e o manejo sindrômico das doenças sexualmente transmissíveis. O estudo mostrou que a estratégia DOTS e o manejo sindrômico diferiram quanto ao envolvimento da OMS em relação à continuidade e criação de redes entre os formuladores de políticas, profissionais e pesquisadores a nível nacional e abordagens para a implementação sub-nacional. A combinação das características da Estratégia DOTS sugeriu um conjunto de pressupostos clássicos de implementação linear (de cima para baixo), marcadas por descontinuidade nas comunidades epistêmicas e envolvimento limitado dessas comunidades no ambiente político nacional. O processo de manejo sindrômico envolveu um processo explícito de criação de redes entre decisores políticos e gestores dos diferentes níveis de governo, pesquisadores e profissionais, além de reconhecer a incapacidade de controlar totalmente o processo político e adotar uma abordagem sintética de estratégias de baixo para cima e vice-versa, o que pode ter contribuído para sua aceitação relativamente rápida a nível nacional.

Para Schneider et al (2006), tanto o envolvimento da OMS quanto as abordagens para a implementação sub-nacional podem ser importantes para aceitação de uma política, sendo necessária uma abordagem sensível do contexto e um equilíbrio entre as estratégias de implementação do contexto local para o mundial e vice-versa. Tais percepções são relevantes para os programas globais de controle de doenças.

Bissel et al. (2011) exploram a adoção e adaptação da estratégia DOTS no México, propondo um novo modelo analítico da TP, como forma de contribuir para as pesquisas operacionais. O estudo aborda três questões principais. A primeira diz respeito à necessidade de conhecer como documentar, analisar e reforçar o papel fundamental das pesquisas operacionais como chave para contribuir para a melhora dos serviços, programas e sistema de saúde. Frisa o uso da análise da TP como meio para identificar o que facilita ou impede os resultados das pesquisas operacionais de promoverem mudanças na política ou na prática. A segunda refere-se sobre a importância de compartilhar e comparar os resultados das pesquisas

operacionais, como forma de produzir evidências do que funciona na prática, evitando assim repetir os erros, ampliando as lições apreendidas sobre processos e resultados das pesquisas operacionais entre e dentro dos países. A terceira trata sobre a realização de pesquisas operacionais em países de baixa e média renda como forma de produzir evidências que direcionem as políticas e as práticas a nível local e global.

Ainda no contexto internacional, em 2014, estudo realizado por Brown examinou o papel do governo nacional e sua relação com o financiamento externo do Fundo Global de combate à Aids, TB e malária. Em relação à TB, o estudo menciona que a difusão de normas tem melhorado a prática médica global, por meio da adoção de modernas inovações médicas, como a aplicação universal dos programas de tratamento DOTS e DOTS-Plus contra a TB. Destaca, ainda, a influência das organizações multinacionais como a OMS, Fundo Global de Prevenção da Aids, TB e Malária e o Banco Mundial na difusão das normas internacionais (BROWN, 2014).

Em 2015, Colvin et al. (2015) realizaram um estudo para compreender as questões processuais e programáticas que influenciaram a TP de dois testes de diagnóstico moleculares (Genotype TBMDR plus e Xpert MTB/RIF). O estudo mostrou que ambos os testes foram desenvolvidos por meio de parcerias inovadoras, obtiveram forte apoio político e responderam às necessidades urgentes de saúde pública. O GenoType TBMDR plus foi introduzido por meio de um processo mais inclusivo que o processo para o Xpert MTB/RIF. A política nacional e os processos de planejamento foram opacos para ambos os testes. A implementação, manutenção e expansão tiveram uma comunicação e coordenação precárias, atenção insuficiente às implicações de recursos, desafios técnicos e falta de um pensamento mais amplo dos sistemas de saúde.

Foram encontrados quatro estudos nacionais publicados a partir de 2014, em que se observou uma predominância de estudos na abordagem qualitativa. No estudo de Souza et al. (2014), a TP do TDO foi analisada pelo ponto de vista de enfermeiros da ESF do município de São Paulo, atores oficiais no processo de TP. O estudo enfatizou o TDO como eficaz para o monitoramento e cura da pessoa adoecida, para produção de vínculo entre a pessoa com TB e a equipe de saúde, para redução dos casos de abandono e identificação precoce das necessidades das pessoas adoecidas. O estudo destaca o enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnico de enfermagem como atores-chave na implementação da política do TDO, destacando o papel protagonista do enfermeiro nesse processo. Como inovações a serem inseridas na política do TDO, o estudo destacou a valorização do ACS, autonomização

da pessoa com TB, educação permanente com os profissionais de saúde, consulta de enfermagem, intersetorialidade, coordenação da assistência por meio do TB-Web.

No estudo de Oliveira et al. (2015), realizado em João Pessoa/PB, a análise da TP do TDO foi realizada por meio do discurso de gestores envolvidos com a atenção a TB. Os resultados desse estudo revelaram desconhecimento dos gestores acerca do TDO, fragilidades na condução e organização das ações em relação ao DOTS e, mais especificamente, ao TDO. A criação do vínculo, corresponsabilização de todos os atores envolvidos no processo e a busca ativa foram aspectos favoráveis apontados no estudo. Como barreiras, destacou-se a falta de vínculo, a dificuldade de acompanhamento, resistência na adesão por parte dos profissionais e a falta de benefícios.

Visando avaliar os fatores que influenciam a TP do TDO, Silva et al. (2015a) desenvolveram e validaram um instrumento de avaliação da TP do TDO segundo a experiência de profissionais de saúde de nível médio e superior. Esse instrumento foi utilizado na presente pesquisa; contudo, suas dimensões foram adequadas em concordância com o objetivo proposto neste estudo.

O estudo mais recente foi o realizado por Oliveira et al. (2016), que analisou a TP do TDO por meio de elementos chave para o processo de transferência, o conhecimento e a informação. O discurso dos gestores indicou contradições, equívocos e silêncios no que diz respeito ao conhecimento e à informação sobre a TP do TDO, das diretrizes do PCT, resultando em deslizamentos de sentidos da responsabilização e coparticipação a partir da posição-sujeito que ocupam, neste caso, como parte integrante da equipe gestora nos distritos sanitários.

Em geral, os estudos versam sobre introdução de diagnósticos, difusão de normas, modelos teóricos e instrumentos para guiar as avaliações da TP, avaliação da política por meio de documentos oficiais e percepção dos atores envolvidos no processo por meio de abordagem qualitativa. Dessa forma, entende-se que avaliar a TP do TDO por meio de aspectos que influenciam em sua manutenção e expansão em municípios prioritários para o controle da doença se faz necessário, uma vez que o mesmo permanece como importante recomendação da política atual de controle da doença como meio para contribuir para melhorar a adesão da pessoa doente ao tratamento e, conseqüentemente, diminuir o abandono, a mortalidade e elevar as taxas de cura.

1.6 Justificativa do estudo

Como já mencionado, o TDO é um importante instrumento para o acompanhamento da pessoa com TB em tratamento farmacológico que permite identificar barreiras para a continuidade do tratamento, estreitar o vínculo com a pessoa adoecida e garantir a regularidade da tomada da medicação. Estudos mostram a potencialidade do TDO para elevar a cura e a adesão terapêutica e reduzir os índices de mortalidade e TBMDR (CHAN; ISEMAN, 2002; JASMER et al., 2004; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; SOUZA et al., 2014).

Todavia, o maior desafio do TDO é a sua manutenção e expansão, isto é, sua execução de acordo com as recomendações do MS e levando em consideração o contexto socioeconômico dos locais onde as políticas são realizadas e as características individuais da pessoa adoecida. A manutenção e expansão é uma etapa importante na avaliação da transferência de uma política (BISSEL, LEE, FREEMAN, 2011).

O TDO exige uma liderança forte e compromisso por parte dos profissionais de saúde, o qual permanece como um grande desafio nos serviços de saúde. Ressalta-se que a responsabilidade ética e legal de garantir a conclusão do tratamento e cura de uma doença transmissível pertence ao sistema público de saúde e a comunidade e não somente às pessoas adoecidas (FRIEDEN; SBARBARO, 2007).

O comprometimento e o envolvimento dos gestores nos diversos níveis de atenção e da equipe de saúde da família são essenciais para a manutenção e expansão do TDO. Compete à gestão, a promoção de ações que visem consolidar o TDO, entre elas, atividades de qualificação dos recursos humanos (SÁ et al., 2011). Às equipes saúde da família, cabe a operacionalização do TDO, além de executar um importante papel no que tange a identificação das necessidades das pessoas adoecidas e familiares (YAMAMURA et al., 2014).

Além do comprometimento dos gestores e da equipe de saúde, os recursos materiais e humanos e uma infraestrutura adequada também são aspectos essenciais para manutenção e expansão do TDO. A falta destes influencia tanto na otimização das ações nos serviços de saúde, assim como na efetivação das atividades de acompanhamento das pessoas adoecidas e, consequentemente, no desempenho dos serviços de saúde no controle da doença (GONZALES et al., 2008a; GONZALES et al., 2008b).

Similarmente, o conhecimento e a incorporação das diretrizes pelos profissionais de saúde são aspectos que influenciam decisivamente na eficiência de qualquer plano institucional para o controle da TB (FRANCO; ZANETTA, 2004).

Chama-se atenção ainda, que a forma como os profissionais de saúde percebem o TDO pode influenciar diretamente na forma como estes recebem e executam o TDO. Profissionais pró-TDO podem se empenhar e o conduzir melhor por acreditarem no potencial do mesmo para o controle da TB. Enquanto os que se posicionam contra, podem realizar inadequadamente apenas por ser uma recomendação do PCT ou até mesmo priorizar o tratamento auto-administrado. Nesse ínterim, a prática do TDO torna-se o melhor reflexo de como a política foi concebida e é conduzida pelos profissionais de saúde.

Outro aspecto importante refere-se à necessidade de estratégias inovadoras no próprio TDO, como forma de melhorar e adaptar a prática de acordo com a necessidade individual e do contexto. Na TP a inovação possui caráter de aprendizado interativo que envolve intensas articulações entre diferentes agentes requerendo novos formatos organizacionais em redes (OLIVEIRA et al., 2016).

Nessa perspectiva, as ações da gestão e equipe de saúde; a disponibilidade de recursos humanos, materiais e infraestrutura adequada; o conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO pelos profissionais de saúde; a forma como os profissionais de saúde percebem e praticam o TDO e as estratégias realizadas para melhorar o TDO são aspectos apontados na literatura que influenciam a TP do TDO enquanto política de controle da TB, estes foram avaliados nesse estudo fundamentados teoricamente no referencial da TP.

Nos municípios interioranos do estado do Amazonas, o TDO é realizado por profissionais de saúde da ESF, por ser o modelo predominante de assistência nesses locais. Nesse sentido, ressalta-se a relevância desses atores na execução dessa política devido ao envolvimento direto no processo de TP.

A Revisão Integrativa da Literatura identificou que as evidências sobre a TP do TDO ainda são escassas tanto no contexto nacional quanto internacional. Outrossim, não foram encontrados na literatura, artigos publicados que avaliem a TP do TDO por meio de aspectos importantes para sua manutenção e expansão como os elencados anteriormente, nem tampouco estudos de métodos mistos que trabalhem nessa perspectiva. Nesse ínterim, os argumentos apresentados sinalizam a premência de estudos que contemplem a TP do TDO por meio da avaliação de aspectos elementares para a sua manutenção e expansão, a partir de uma abordagem mista com os principais atores envolvidos nesse processo, a saber, os profissionais de saúde. A análise mista confere um aprofundamento do conhecimento e entendimento em relação ao objeto de estudo, de uma forma que não poderia ser caso fosse utilizada uma única vertente metodológica.

Estudos dessa natureza avançam no conhecimento, uma vez que permite a avaliação e compreensão da TP do TDO por meio de aspectos que influenciam em sua manutenção e expansão, o que permite contribuir no planejamento e avaliação e aperfeiçoamento das ações relacionadas ao TDO, de forma a mobilizar esforços para realização das mudanças necessárias na execução dessa política. Vale ressaltar que uma política de controle da TB fortalecida promove a cura, favorece a inserção social da pessoa adoecida e impacta epidemiologicamente na situação da doença.

Assim, esta tese foi norteadas pelas seguintes questões: A TP do TDO difere em relação ao município, a categoria profissional e ao tempo de serviço? Como ocorre a TP do TDO em sua fase de manutenção e expansão no contexto local?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose em sua fase de manutenção e expansão na Atenção Primária à Saúde dos municípios prioritários para o controle da doença do estado do Amazonas.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar se a avaliação geral da TP do TDO está relacionada à localidade (município), à categoria profissional e ao tempo do profissional nos serviços de saúde;
- Investigar se a avaliação por domínios da TP do TDO (ações da gestão e da equipe, os recursos, conhecimento sobre o TDO, percepção e prática do TDO e percepção sobre estratégias para melhorar o TDO) está relacionada à localidade, à categoria profissional e ao tempo do profissional nos serviços de saúde;
- Analisar as ações dos domínios com resultados da avaliação de TP do TDO menos favoráveis;
- Relacionar o discurso dos enfermeiros e ACS com a avaliação das ações de TP do TDO dos domínios com resultados menos favoráveis.

REFERÊNCIAS

3 REFERÊNCIAS

Este estudo está fundamentado nos referenciais teóricos da Transferência de Políticas e Análise de Discurso de Matriz Francesa, os quais são apresentados nas linhas seguintes.

3.1 Referencial Teórico: Transferência de Políticas

A Transferência de Políticas (TP) envolve um movimento significativo de algo relacionado à política de um lugar para o outro, não somente como mera difusão de conhecimento interinstitucional mas, também, um movimento que tem dimensão espacial e envolve uma mudança de política intencional ou orientada para ação (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

A definição de “política” é ampla. Não tem um significado totalmente novo, pode ser um item individual, um programa, plano, estratégia, ferramenta, arranjo administrativo ou institucional, modos de trabalho, procedimentos, normas ou princípios. Considera-se que todos estes estejam relacionados à política, uma vez que fazem parte de como um governo, instituição ou outra organização escolhem melhorar suas ações e alcançar seus objetivos (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011). As políticas de saúde têm caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a ser desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, cujo objetivo maior é a qualidade de vida da população (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

A TP é um tema que vem sendo estudado no contexto nacional e internacional, adquirindo assim grande importância para a análise das políticas públicas em contextos diversos. Os estudos sobre TP provem desde 1940, todavia ganham impulso em 1960 nos Estados Unidos da América (EVANS; DAVIES, 1999).

A literatura referente à transferência de políticas públicas pode ser organizada em duas escolas distintas: uma que não usa o conceito de *Policy Transfer* diretamente, mas lida com diferentes aspectos de um processo de aprendizagem, utilizando diferentes nomenclaturas voltadas para as políticas, tais como, *bandwagoning* (IKENBERRY, 1990), a *policy convergence*, ou política de convergência (BENNETT, 1991), *diffusion*, ou difusão (MAJONE, 1991), *evidence-based practice* ou prática baseada em evidências (DAVIES et al., 2000); *learning* ou aprendizagem (GREENER, 2001; COMMON, 2004); *lesson-drawing*, como uma lição a ser apreendida (ROSE, 2005). E outra que utiliza o conceito diretamente, incluindo o trabalho dos cientistas políticos (EVANS; DAVIES, 1999; DOLOWITZ;

MARSH, 2000; PAGE, 2000; STONE, 2000; EVANS; CERNY, 2004) e comparativistas (WOLMAN, 1992; PETERS, 1997; COMMON, 2001).

Diante da complexidade das variáveis envolvidas na transferência de políticas públicas e o seu caráter multifacetado, este trabalho será fundamentado na teoria de TP que utiliza diretamente o conceito de *Policy Transfer*, mais precisamente ancorado na abordagem proposta por Dolowitz e Marsh (2000), os quais definem a TP como “um processo no qual o conhecimento de ideias, instituições, políticas e programas em um tempo ou espaço é colocado na arena de decisões para o desenvolvimento de políticas e programas em outro tempo e contexto” (DOLOWITZ; MARSH, 1996 p. 344).

Os autores focam em TP específicas como resultado das decisões estratégicas tomadas por indivíduos dentro e fora do governo. Pode ser considerada uma abordagem ampla, por analisar a TP dentro dos próprios países (entre os diferentes níveis de governo), entre nações, e por reconhecer a importância de atores fora da máquina governamental; organizações internacionais e companhias transnacionais influenciam os países a realizar transferências (DOLOWITZ, MARSH, 1996). De forma mais detalhada, Evans (2006 p. 480) define 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”.

Para melhor compreensão de um determinado processo de TP, Dolowitz e Marsh (2000) propuseram um modelo que se fundamenta no conjunto de questionamentos: 1. Por que os atores se engajaram na TP? 2. Quem são os autores-chave envolvidos no processo de TP? 3. O que está sendo (ou foi) transferido? 4. De qual lugar parte o aprendizado? 5. Quais são os diferentes graus de TP? 6. Como evidenciar a TP? 7. Quais os fatores dificultam ou facilitam o processo de TP? 8. Como o processo de TP está relacionado ao sucesso político ou à falha política?

Na área da saúde, destaca-se o modelo analítico proposto por Bissel, Lee e Freeman (2011). Trata-se de um modelo para pesquisa operacional, que une e adapta o conjunto de questionamentos e quadro teórico de TP de Dolowitz e Marsh (2000) e o modelo relacionado à difusão de informações proposto por Rogers (1995). Ressalta-se que o modelo não mostra causalidade, porém direciona a avaliação de determinada política de forma sistemática, visando compreender o que facilita ou dificulta o processo de TP (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Nesse sentido, este modelo será utilizado neste estudo como ferramenta para compreender alguns elementos envolvidos na TP do TDO no contexto local. A Figura 4 apresenta resumidamente o modelo e suas características:

Figura 4 - Modelo de Análise para transferência de Políticas de Saúde

Fonte: Bissel; Lee; Freeman (2011)

A parte central do modelo corresponde a um processo (representado por setas largas) de etapas/atividades que direcionam questões sobre: Como os atores e organizações entraram em contato com uma nova política ou inovação? Como aprendem e gerenciam o conhecimento? Como são persuadidos por evidências e mudanças e persuadem outros? Como implementam, expandem e mantêm uma política? Essas etapas representam um grande avanço na área por permitir descrever o processo de transferência de uma política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011):

- A *política/inovação* entra na situação política atual, podendo ser influenciada por políticas passadas, políticas relacionadas ou concorrentes, a cultura de pesquisa e formulação de política, e assim por diante;
- *Conhecimento/Aprendizado*: esta etapa inclui decisões sobre quais conhecimentos e tipos de aprendizagem são necessários, como o conhecimento é adquirido, validado, compartilhado e como a aprendizagem continua ao longo do processo;
- *Persuasão*: trata-se de como as pessoas ou organizações persuadem os outros ou se convencem a adotar uma política e/ou proporcionar um ambiente facilitador para sua transferência;

- *Tomada de decisão*: etapa na qual se decide sobre a adoção ou rejeição de uma política ou inovação, e também se pensa sobre como a política é formulada e como a implementação está planejada;
- *Implementação*: etapa que inclui todas as atividades relacionadas com a implementação de uma nova política. O foco não está nos detalhes técnicos, mas na compreensão dos processos de implementação e adaptação, os quais podem ser pensados como apropriação, reinvenção ou tradução;
- *Manutenção/expansão*: consiste na etapa de continuação da política implementada e sua consequente expansão.

Ressalta-se que este estudo focalizará a avaliação da TP do TDO em sua fase de manutenção e expansão. Contudo, destaca-se que não existe processo progressivo e que a TP não é um processo linear; as etapas podem permanecer ao longo do processo juntamente com as atividades subsequentes, sendo que o processo pode ficar lento ou parar em qualquer ponto, e as atividades podem ser repetidas mais tarde ou perdidas (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

O elemento *inovação política* refere-se ao que é transferido. Existem diversos elementos que podem ser transferidos no todo ou em parte (objetivo, conteúdo ou instrumentos) (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Em uma revisão da literatura, publicada por Dolowitz e Marsh (1996), são apresentados sete objetos da TP, assim classificados: as metas políticas; estrutura e conteúdo; instrumentos políticos ou técnicas administrativas; instituições; ideologias; ideias, atitudes e conceitos; experiências negativas.

Em trabalho posterior, publicado pelos mesmos autores em 1998, o número de objetos é reduzido para cinco, na forma de políticas, instituições, ideologias ou justificativas, atitudes e experiências negativas (DOLOWITZ; MARSH, 1998). Os elementos transferidos podem ser classificados em duas grandes categorias: elementos duros e elementos leves. Os elementos duros são legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas. Os elementos leves são ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidas de outras políticas (STONE, 2004). Desta forma, o TDO é considerado um elemento duro, por se tratar de um instrumento pertencente a uma política estratégica mais ampla, que vem sendo transferida ao longo dos anos.

O modelo utiliza certas características que direcionam o que pode influenciar a absorção e adoção da política como: *vantagem relativa, compatibilidade, nível de complexidade, testagem e visibilidade*. Além disso, ajuda a identificar os fatores que levam à

efetiva incorporação de uma política ou inovação, bem como os obstáculos (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Nesse sentido, para compreender de onde partiu o aprendizado para a adoção e incorporação do TDO, retorna-se para 1945, momento em que um médico da International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), chamado Karel Styblo, contraiu a TB e desde então passou a pesquisar e trabalhar com a doença. No final de 1980, na Tanzânia, por meio de um projeto piloto, Styblo propôs tratar a TB com a quimioterapia de curta duração e supervisão da ingestão medicamentosa, mostrando ser possível alcançar taxas de cura de 80%, além de custo efetivo, mesmo em países pobres. Posteriormente, a experiência foi repetida em outros países como Malawi e Moçambique (RAVIGLIONE; PIO, 2002; OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Esta inovação foi o protótipo da estratégia DOTS, recomendada pela OMS como principal medida para o controle da TB. Ao longo dessas décadas, programas de controle da TB foram sendo implementados em muitos lugares, com apenas modesto sucesso; mas a busca de formas para melhorar a eficácia foi limitada. O IUATLD, no entanto, foi uma exceção e, por meio dos esforços de Styblo, foi explorando formas de melhorar os programas de controle da TB (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Desde a introdução da Estratégia DOTS, várias experiências positivas relacionadas ao TDO ocorreram em diversas partes do mundo. Na China, a estratégia DOTS foi introduzida em 1991 por meio do projeto “Controle de doenças endêmicas e infecciosas” financiado pelo Banco Mundial, sendo implementada em 12 províncias com uma população de 573 milhões, cerca da metade da população da China nesse período. No período de 1991 a 1995, a estratégia DOTS foi expandida rapidamente para mais de 90% da população-alvo e municípios. Em 2000, cerca de 1,8 milhões de casos de TB foram diagnosticados, com uma taxa de cura superior a 90% (CHEN et al., 2002).

Quanto às razões pelas quais os atores se engajaram no processo de TP, estas podem variar, seja na perspectiva de se obter um subsídio, uma justificativa para decisões tomadas, ou para o uso de um determinado modelo externo, ou ainda pela busca de soluções na resolução de problemas/disfuncionalidade da política (DOLOWITZ, 2003).

Os analistas de TP referem-se a duas principais *motivações* para iniciar a transferência de uma política: voluntária e coerciva (EVANS, 2010). Já Dolowitz (2003) referem cinco manifestações da TP: voluntária, semi-voluntária, obrigatória, semi-coerciva e coerciva. Para esses autores é quase impossível haver uma coerção total em um contexto de TP, com exceção dos casos de domínio estrangeiro direto. Os dois extremos representam tipos ideais;

no entanto, dificilmente serão alcançados, uma vez que todos os autores envolvidos no processo agem com mais ou menos racionalidade, sendo praticamente impossível para alguém ser completamente racional ou totalmente irracional nessas circunstâncias. A maioria das situações tendem para a forma semi voluntária ou para a semi coerciva, envolvendo alguma forma de negociação entre os atores engajados no processo e os gestores públicos (PERUHYPE, 2015).

A transferência voluntária é quando a política é naturalmente aceita e inserida no contexto de trabalho dos indivíduos (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Trata-se de uma abordagem orientada para lidar com os problemas de políticas públicas que emergem de um ou mais dos seguintes procedimentos: a identificação de insatisfação pública ou profissional com a política existente em consequência do mau desempenho; uma nova agenda política que é introduzida devido a uma mudança de governo, ministro ou gestão de uma organização pública; uma estratégia política que visa legitimar conclusões que já foram alcançadas; ou uma tentativa por um gerente de política para atualizar itens da agenda de política para promover aliados e neutralizar inimigos políticos (EVANS, 2010). Isto levará os atores a voluntariamente se engajarem na busca ativa por novas ideias e maneiras de resolver a questão.

A transferência coerciva ocorre quando um governo sente-se forçado por outro a introduzir mudanças constitucionais, sociais e políticas contra sua vontade e a vontade de seu povo (EVANS, 2010). Se um país se envolve em uma TP como resultado de um processo coercivo, é provável que a TP não tenha passado por um processo de reflexão e as implicações para um sistema político e cultural amplo tenham sido negligenciadas (DOLOWITZ, 2003).

Os processos de TP intermediários envolvem uma negociação, sendo denominados por Evans (2010) como coerciva indireta. Refere-se a um processo em que os governos são obrigados a introduzir a mudança de políticas, a fim de garantir subsídios, empréstimos ou outras formas de investimento interno por países doadores influentes, instituições financeiras globais, instituições supranacionais, organizações internacionais ou transnacionais, corporações. De acordo com o autor, apesar de ser um processo de troca, continua a ser uma atividade coerciva, uma vez que é negada ao país beneficiário a liberdade de escolha. Por outro lado, um governo poderá promover mudanças institucionais e políticas devido ao receio de não conseguir acompanhar os outros países, de estar sendo “deixado para trás” em relação aos seus vizinhos. Isto também pode ocorrer na emergência de algum consenso internacional. Quando a comunidade internacional define uma questão de forma particular e uma solução é

adotada por vários países, as nações que não adotam esta resolução enfrentarão pressão para se unir àqueles que implementaram programas e políticas similares (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

Cabe ressaltar que, embora a TB tenha sido um problema de importância para saúde pública durante séculos, nas décadas anteriores a 1980 não era proeminente na agenda internacional de saúde, havendo pouca transferência de conhecimento durante este período, exceto por meio do intercâmbio científico de um pequeno grupo técnico de especialistas em TB. Em decorrência do avanço inicial no tratamento da TB e da melhoria das condições de vida, a TB diminuiu como problema de saúde pública na maioria das nações industrializadas, sendo que a partir da década de 1940 desapareceu da lista das prioridades de políticas públicas em tais países, embora permanecesse agravante nos países em desenvolvimento (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

O quadro começou a mudar em meados da década de 1980, com a descoberta da associação entre HIV e TB. Nesse sentido, a TB ressurgiu como problema de saúde pública, pois o HIV impactou consideravelmente na epidemiologia, na história natural e na evolução clínica da TB, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (OGDEN; WALT; LUSH, 2003; HARRIES et al., 2010).

No final da década de 1980 e início de 1990, um grave surto de TB multirresistente em Nova York impulsionou a OMS a declarar a TB como uma emergência global, mobilizando a OMS e IUATLD a desenvolver uma nova estratégia global conjunta baseada no trabalho de Styblo denominado "Quadro para o Controle eficaz da Tuberculose" e o termo "DOTS" foi utilizado posteriormente para representar a nova abordagem (PORTER; OGDEN, 2001). Uma vez desenvolvida, a DOTS foi promovida veemente pelos atores-chave da OMS e do Banco Mundial como a solução para o controle da TB, sendo posteriormente transferida da arena internacional para os governos nacionais e locais em todo o mundo (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Destaca-se que, embora a OMS tenha apresentado o TDO como uma proposta inovadora, o Brasil, por meio da SESP, já realizava o TDO desde 1962 em unidades de todos os níveis de complexidade, ou seja, muito tempo antes da introdução do TDO juntamente com a estratégia DOTS no mundo. O TDO era realizado pela Enfermagem sendo que, em 1981, cobria todas as unidades da fundação (RUFFINO-NETTO, 2002).

Na década de 1990, em pleno processo de implementação do SUS, ocorreu um agravamento da situação da TB, sendo um período marcado por crises no financiamento da saúde, o que foi considerado como uma possível causa para a constância no percentual de

cura abaixo de 85% e decréscimo na detecção de casos. Foi esse contexto que fez com que, em 1998, o DOTS, gerenciado pelo PCT, começasse a ser implantado gradativamente nos municípios como estratégia inserida no SUS (VILLA et al., 2006).

Nesse seguimento, ao considerar que o Brasil e os demais países onde a política foi fortemente recomendada também apresentavam números exorbitantes de casos e resultados de tratamentos cada vez mais insatisfatórios, a estratégia DOTS e seus componentes surgem como uma possível solução para o controle da doença, sendo vista então como transferência voluntária, à medida que a incorporação da política emergiu de problemas existentes dentro do país e havia uma necessidade real de melhorias no panorama da TB.

Por outro lado, levando em consideração os pressupostos defendidos por Dolowitz e Marsh (1996), à medida em que há uma cooperação internacional e são oferecidos incentivos financeiros do Banco Mundial e do Fundo Global para estimular os países a alcançarem as metas propostas pela OMS, observa-se um caráter semi coercitivo, uma vez que há uma condição para receber os incentivos. Ademais, pelo Brasil ser um país em desenvolvimento, pode ser particularmente dependente de assistência financeira e técnica, e por isso incorpora e se adequa às políticas internacionais. Apesar desse pressuposto, percebe-se certo grau de voluntariedade por parte das autoridades político-sanitárias em adotar a estratégia DOTS no país, ainda que seja devido à responsabilidade política em gerenciar a problemática da TB e ver na estratégia uma possibilidade para diminuir o impactante número de pessoas com a doença no país, além de que o apoio de tais instituições é de valor indiscutível para a realização das ações necessárias para o controle da TB.

No estudo de Peruhype (2015) observou-se certo grau de coerção na TP do TDO em Porto Alegre, seja pela existência de algum grau de resistência dos profissionais e dos gestores, pela insatisfação ou ainda pela descrença e desqualificação do processo. Assim, nesse município, a TP do TDO do nível de governança global (OMS) para os ministérios da saúde dos países (e deste para o estado), ocorreu combinando fatores coercivos e voluntários.

Entretanto, em trabalho qualitativo realizado com gestores do município de Ribeirão Preto, a TP do TDO foi percebida pelos mesmos como coerciva, tanto em relação à transferência da OMS para os países membros, quanto da gestão estadual para a regional e desta para os municípios (ASSIS, 2015).

As *interfaces* ilustram que, em teoria, novos conhecimentos e lições podem vir de qualquer lugar. Assim, a TP na saúde é um processo que pode incluir vários níveis e arenas. Na Figura 4, as setas duplas reconhecem a possibilidade de a TP ocorrer verticalmente, “de cima para baixo” ou “de baixo para cima”, horizontalmente entre arenas do mesmo nível

(nacional para nacional) e diagonalmente de um nível para outro nível fora da verticalidade convencional; por exemplo, de um distrito de um país para o nível nacional de outro país (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

No contexto do TDO, instrumento técnico importante nas estratégias globais para o enfrentamento da TB, o mesmo vem sendo transferido conjuntamente de um nível de governança para outro. O TDO foi transferido do nível de governança global (OMS) para os cinco continentes do mundo (África, Ásia, Europa, Oceania e América) onde se distribuem os países com a mais elevada carga da doença, incluindo o Brasil. Para que o TDO seja executado por profissionais de saúde a nível local, a sua transferência perpassou as diferentes instâncias governamentais. Destaca-se que para alguns autores, o TDO ocorre por meio de um processo linear (de cima para baixo), sendo criado a nível internacional e posteriormente transferido para os níveis nacionais e locais (PORTER; OGDEN 2001). Todavia, destaca-se que as experiências locais também são importantes para direcionar e aperfeiçoar as políticas mais amplas.

Cabe realçar que as ações inerentes ao TDO precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas com responsabilidade nas diferentes instâncias de acordo com suas competências, para que a TP ocorra de forma satisfatória. Neste processo, fica implícita a transferência das políticas de saúde entre os diversos níveis de decisão política para os diferentes níveis de atenção à saúde. O processo de TP do TDO, no contexto municipal, requer uma grande articulação e negociação entre os coordenadores do PCT das diferentes esferas subnacionais (estadual, regional e municipal) com a finalidade de que a transferência dessa política seja compreendida em relação aos seus objetivos e metas, a fim de propiciar melhor controle da doença.

É importante considerar que para operacionalização de uma política é necessário o envolvimento de diferentes *indivíduos, redes e/ou organizações* capazes de se envolver nas diferentes etapas, seja na criação ou disseminação em nível local, nacional e internacional, resultando na participação de administradores e profissionais, por exemplo, os chamados agentes “oficiais” da TP, cujo papel é estabelecer parâmetros, legitimar o discurso político e apoiar a adoção de novos programas (STONE, 1999). Apresentam-se também 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).

Dolowitz e Marsh (2000) mencionam nove principais categorias de atores políticos envolvidos no processo de TP: políticos eleitos, partidos políticos, burocratas / funcionários

públicos, grupos de pressão, empresários e especialistas em políticas, corporações transnacionais, consultores e instituições supranacionais (governamentais e não governamentais).

Em relação à TB, ao nível de governança global, destaca-se o programa STOP TB, que foi criado a partir do reconhecimento da OMS de que não conseguiria isoladamente controlar a doença. O programa STOP TB reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como a OMS, o Banco Mundial, o Centers for Disease Control (CDC) - Atlanta, IUATLD, Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA) (RUFFINO-NETTO, 2002). A OMS configura-se como ator político responsável por liderar questões de saúde globais, entre elas a TB, atua no estabelecimento de normas e padrões, articula opções políticas baseadas em evidências, fornece apoio técnico aos países, monitora e avalia as tendências de saúde, influenciando fortemente os formuladores de políticas, sejam por meio da divulgação de informações e políticas em assembleias, conferências, encontros e publicações oficiais, quanto por meio de acordos e cooperações internacionais (FERREIRA et al., 2014).

Destaca-se, nas Américas, o papel da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual foi incorporada à OMS em 1948, sendo considerada como grande agente catalisador para garantir que todos os habitantes das Américas desfrutem de ótima saúde e contribuam para o bem-estar de suas famílias e comunidades. A organização possui mais de 100 anos de existência, o que a permitiu acumular uma grande carga de experiências e conhecimentos que são transferidos para os países membros com o objetivo de contribuir na melhora das políticas e serviços públicos de saúde, e alcançar metas acordadas em comum a partir de iniciativas sanitárias multilaterais (OPAS/OMS, 2010).

No Brasil, os atores envolvidos na TP de saúde são representados pelos níveis nacional (o Ministério da Saúde), estadual (coordenação estadual do PCT, secretaria de saúde), regional e local (a coordenação do programa da TB e do PCT municipal) (PERUHYPE, 2015). A maior parte das políticas é criada no âmbito de decisão macropolítico (envolve a intervenção do Estado na gestão, no financiamento, na saúde, nas atividades de formulação de políticas), perpassa o nível mesopolítico (referente às ações de condução e direcionamento de uma organização, pode abarcar os centros clínicos-hospitalares, bem como outras instituições de saúde) onde são formuladas estratégias para viabilizar a transferência dessas políticas públicas para o nível micropolítico (a responsabilidade maior é assinalada aos profissionais; remete à coordenação do processo de trabalho no interior de uma instituição) onde, de fato, ocorre a execução da mesma (GARCIA, 2001; SOUZA, 2009).

Os coordenadores do programa de controle da TB e a equipe de ESF são atores importantes na TP do TDO, pois atuam em nível local onde ocorre a sua execução. Compete à gestão municipal viabilizar as ações de controle da TB, inclusive o TDO, assumindo papel articulador entre as estruturas centrais com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços (SANTOS et al.;2010). À equipe da ESF cabe a operacionalização do TDO (YAMAMURA et al., 2014).

Ressalta-se que os atores e redes podem ter diferentes maneiras de aprender, avaliar conhecimentos e evidências, persuadir outros, adaptar uma política, e assim por diante. Assim, explora-se como eles se envolvem na comunicação relacionada à política. Podem ser produtores, remetentes, facilitadores ou destinatários de informações. As setas no modelo indicam a necessidade de analisar se a *comunicação* ocorre ou não durante as diferentes atividades e se é bidirecional. Como a informação é embalada, processada e percebida pode ser fundamental, de modo que o modelo analisa canais, formato, processamento e estilo de comunicação. Pode ser escrito ou verbal, por meio de documentos-chave como diretrizes, eventos como conferências, reuniões, treinamento, mobilização social e outros canais, como mídia, entre outras (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Existem basicamente quatro diferentes *graus de transferências*: a cópia, a emulação (adaptação), a mistura e a inspiração. A cópia é a transferência completa de um programa ou política. A emulação envolve a transferência de ideias e princípios gerais de programas ou política, mas acaba por rejeitar sua cópia por inteiro, reconhecendo que um determinado programa externo ofereça melhores condições para a elaboração da política internamente. A proposta mista combina elementos de dois ou mais programas de lugares diferentes. Na inspiração, as ideias e orientações gerais inspiram uma mudança de política, mas o resultado final não precisa necessariamente ser semelhante à política original (DOLOWITZ; MARSH, 2000). Pode ocorrer também da política ser rejeitada no todo ou em parte (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Pode se dizer que, no Brasil, o TDO, especificamente, é uma política copiada das estratégias globais, haja vista que os documentos oficiais produzidos pelo MS incorporaram todas as diretrizes e normativas preconizadas pela OMS. Ressalta-se, porém, que cada instância recebe, transfere e executa a política consoante às suas peculiaridades, o que explica o fato do TDO ser realizado de forma diferenciada e apresentar resultados diferentes a depender do contexto e cenário em questão, e envolve inúmeros fatores que estão restritos à implementação dessa política no âmbito municipal.

A TP pode ser influenciada pelo *contexto* e *recursos*. Os aspectos do contexto, tais como sistema de saúde, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, tecnológicos podem influenciar o processo. Os recursos a serem considerados são financeiros, políticos, técnicos e sociais. Qualquer um desses fatores pode facilitar ou dificultar o processo ao longo do tempo, de forma consistente ou variável. Eles podem ser percebidos ou priorizados diferentemente por diferentes pessoas ou grupos. Uma vez identificados, alguns fatores podem ser postos em prática pelos formuladores de políticas, profissionais ou comunidades, por exemplo tratando os obstáculos, promovendo adaptações, utilizando as oportunidades mais eficientemente ou adequadamente (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

A literatura reconhece que o sucesso da TP é influenciado por fatores relacionados aos elementos da política que está sendo transferida, problemas políticos e contexto político (LOE et al., 2016). Assim, enfatiza-se que este estudo visa analisar e compreender a TP do TDO em sua etapa de expansão e manutenção, a partir de elementos que influenciam esse processo no contexto local, a saber: ações da gestão e equipe de saúde; a disponibilidade de recursos humanos, materiais e infraestrutura adequada; o conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO pelos profissionais de saúde; a forma como os profissionais de saúde percebem e praticam o TDO e as estratégias realizadas para melhorar o TDO.

3.2 Referencial Teórico-Metodológico: Análise de Discurso de Matriz Francesa

Antes de apresentar o diferencial da Análise do Discurso (AD), campo tão complexo e ao mesmo tempo tão motivador, faz-se necessário informar que AD possui duas grandes linhas teóricas: a matriz anglo-saxônica, na qual se destaca Norman Fairclough, e a matriz europeia (francesa). A matriz anglo-saxônica (Análise crítica do discurso) estuda o discurso partindo de uma interpretação sobre seus níveis sintáticos e semânticos, coerência e coesão do texto; ademais, focaliza que o sentido do discurso pode ser encontrado no próprio texto, sem necessidade de se recorrer a questões extralinguísticas, ou seja, as condições de produção. A linha francesa (Análise de discurso) extrapola essa concepção, pois para a mesma a captação do sentido do discurso está fortemente direcionada às reflexões sobre as perspectivas históricas relacionadas ao texto, excedendo as dimensões gramaticais, estando inserida em um nível multidisciplinar que demanda o uso de diferentes campos de pesquisa para a obtenção de sua essência, relacionando língua, sujeito, história e ideologia ao processo linguístico de construção dos discursos (CARNEIRO, 2011).

A AD de matriz francesa jamais se constituiu um campo homogêneo. Pode-se identificar, no período de sua constituição (década de 1960-1970), a existência de ao menos três linhas de análise de discurso relacionadas, por sua vez, a três projetos teóricos distintos: a linha de Michel Pêcheux; a linha sociolinguística (desenvolvida por Marcellesi, Gardin e Guespin, dentre outros, na França); e, finalmente, a linha de Michel Foucault. Pode-se dizer que a AD francesa é o efeito geral dos confrontos e alianças táticas ocorridas entre essas três linhas (NARZETTI, 2010).

Nessa sequência, entre tantos referenciais disponíveis para a pesquisa qualitativa, este estudo elegeu a AD de matriz francesa, tendo por expoente Michel Pêcheux, pois interessa compreender os sentidos produzidos pelo discurso dos profissionais de saúde em relação à TP do TDO da TB, além da materialidade do texto, haja vista que a língua não é somente estrutura, é estrutura, acontecimento e prática social (SOUZA, 2014).

Ressalta-se que Pêcheux desenvolveu a AD enquanto crítica às correntes estruturalista e positivista que não incorporavam nas suas análises as condições de produção enquanto produtoras de sentidos circulantes, ignorando, desta forma, a subjetividade que interfere na objetividade (MAINGUENEAU, 2015). Além de que se acredita que, por meio do discurso, pode-se acessar o que há de mais singular no sujeito, isto é, o inconsciente, as marcas sociais e a história que o caracteriza (DORNELAS; ASSOLINI, 2016).

Cumprir destacar as fases da AD de matriz francesa, objetivando esclarecer a corrente teórica em que esse estudo se filia.

No texto “A análise do discurso: três épocas” de 1983, Pêcheux assume a divisão da AD em três épocas, conhecidas como: AD1 (exploração metodológica da noção de maquinaria discursivo-estrutural), AD2 (da justaposição dos processos discursivos à tematização de seu entrelaçamento desigual) e AD3 (a emergência de novos procedimentos da AD, por meio da desconstrução das maquinarias discursivas) (GADET; HAK, 1997).

A AD 1 (1969-1975) iniciou-se com a publicação “Análise Automática do Discurso” de Pêcheux. Nesta fase, a AD foi concebida como uma teoria fortemente vinculada às práticas políticas. Assim, o objeto de análise constituía-se de grandes textos políticos escritos e os dispositivos de análise se voltavam unicamente para eles. A principal preocupação desse período pousava na questão do método estruturado, cujo destaque se volta para os cálculos matemáticos e algoritmos, que descrevem o dispositivo de análise automatizada do processo discursivo, que se realizava por meio da ajuda de recursos informáticos para o processamento de grandes quantidades de material. O papel do analista consistia em interpretar os dados obtidos após a automatização, relacionando-os com a) a ideologia; b) com os sujeitos; e c)

com o histórico-social. Devia-se extrair disso tudo uma formulação do tipo: naquele momento histórico, naquele lugar, estava em jogo a questão X, para a qual convergiam enunciados do tipo A, B e C; contra o qual se posicionavam outros, do tipo D, E e F (MAZZOLA, 2009).

O discurso foi considerado como resultante de condições de produção estáveis e homogêneas, sendo também homogêneo (FERNANDES, 2008), ou seja, o processo de produção discursiva era concebido como uma máquina autodeterminada e fechada em si mesma, de maneira que um sujeito-estrutura determina os sujeitos como produtores de seus discursos (GADET; HAK, 1997). Essa concepção de sujeito influenciada pelo althusserianismo determina os sujeitos como “servos” assujeitados e suportes de seus discursos, recusando, portanto, tanto o sujeito intencional como origem enunciativa de seu discurso quanto o sujeito universal (BRITO, 2011). O sujeito desse período tinha a ilusão de ser a fonte do discurso, mas na verdade era apenas um reproduzidor do já-dito (FERNANDES, 2008).

A maquinaria existente na vida social produzia sentidos sob a forma de paráfrase, e os faziam ser repetidos, de forma que os sujeitos eram assujeitados a essas máquinas. Essa fase se caracteriza por apresentar um método que atua por etapas sobre um corpus fechado de seqüências discursivas (MAZZOLA, 2009).

Em suma, a AD1 é um procedimento por etapa, com ordem fixa, restrita teórica e metodologicamente a um começo e um fim predeterminados, trabalhando em um espaço em que as máquinas discursivas constituem unidades justapostas (GADET; HAK, 1997).

A AD2 (1975-1980), conhecida como “época das tentativas” é marcada por atualizações e perspectivas a propósito da análise automática do discurso. Pêcheux promove o deslocamento teórico no modo como o processo discursivo passa a ser percebido, em que a questão da construção do corpus desempenha um papel central, uma vez que o objeto de estudo deixa de ser a máquina fechada em si mesma e passa a ser concebido nas relações entre as máquinas discursivas estruturais (BRITO, 2011). Assim, a AD2 toma como objeto de discussão as relações entre as máquinas discursivas, relações essas desiguais e que se organizam por dispositivos (GADET; HAK, 1997).

A AD2 tem como principal diferencial a agregação de conceitos advindos da Filosofia de Michel Foucault, sobretudo, o conceito de formação discursiva. A máquina estrutural fechada começa a ruir com a introdução da noção de formação discursiva, haja vista que a formação discursiva se constitui de outras formações discursivas, de elementos que vem do seu exterior (pré-construídos e discursos transversos) (FERNANDES, 2008). Pela formação discursiva é que se pode dizer que tais palavras somente fazem sentido se relacionadas às

condições sócio-históricas de seu uso. É por esse conceito foucaultiano que se regula o que deve e o que não deve ser dito em uma situação sócio-histórico-ideológica dada. A noção de interdiscurso é introduzida para designar “o exterior específico” de uma formação discursiva enquanto este irrompe nesta formação discursiva para constituí-la (GADET; HAK, 1997). A noção de sujeito continua sendo concebida como efeito de assujeitamento; todavia, passa a ser compreendida de forma articulada com o conceito de formação discursiva (SILVA, 2012).

Os limites da AD3 ainda não são bem definidos. Courtine (1981) a considera entre 1980 e 1983, quando se dá a morte de Michel Pêcheux. Outros historiadores afirmam que ela se estende até os dias de hoje (MAZZOLA, 2009).

Na AD3, a noção de maquinaria discursiva estrutural é levada ao limite e se estabelece o primado teórico do outro sobre o mesmo; a ideia da homogeneidade atribuída à noção de condições de produção do discurso é definitivamente abandonada; a ideia de estabilidade é banida em função do reconhecimento da desestabilização das garantias sócio-históricas; há o reconhecimento da não neutralidade da sintaxe; a noção de enunciação passa a ser abordada e as reflexões sobre a heterogeneidade enunciativa levam à discussão sobre o discurso-outro. São colocadas, enfim, várias interrogações acerca do sujeito do discurso, do espaço de memória e sobre a AD em si, enquanto procedimento de análise, e até mesmo sobre a possibilidade de redefinição de uma política de AD (FERNANDES, 2008).

Pode se perceber, entre as tendências aqui revisitadas, um ponto em comum que assegura um movimento contínuo de permanência entre elas e, certamente, outras já existentes ou ainda vindouras: a constante relação língua-discurso-ideologia.

Nesse ínterim, a AD conflui três grandes áreas do conhecimento: a Psicanálise, a Linguística e o Materialismo Histórico. A Linguística explica os mecanismos sintáticos e processos de enunciação, considerando a não transparência da língua, mas a materialidade dos significantes; a Psicanálise, a subjetividade e a relação do sujeito com o simbólico e da ideologia com o inconsciente, deslocando a posição de homem para a posição de sujeito; e o Materialismo histórico, os fenômenos das formações sociais, incluindo a ideologia que se manifesta no discurso enquanto efeito de sentido entre os interlocutores, o qual pertence a um campo de contradições e estranhamentos (ORLANDI, 2015).

Na confluência dessas amplas teorias, encontra-se o discurso, conceito complexo desenvolvido por Michel Pêcheux. Esse elemento é diferente tanto da língua quanto da fala. Sua natureza é muito mais complexa: “É no discurso, precisamente, que se concentram, se intrincam e se confundem, como um verdadeiro nó, as questões relativas à língua, à história e ao sujeito” (INDURSKY; FERREIRA, 2005, p. 13).

O discurso, objeto próprio da AD, vem do latim *discursos*, particípio passado de *discurrere*, sendo que “*dis*” significa “de fora” e “*currere*”, “correr”, surgindo duas possíveis interpretações para o termo discurso: “correr ao redor” e “cursos de vários assuntos, ideias, opiniões”. Como a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento, pode-se dizer que o discurso é palavra em movimento, prática de linguagem; com o estudo do discurso observa-se o homem falando (ORLANDI, 2015).

O conceito de discurso desvia-se do modo como a comunicação dispõe seus elementos (emissor, receptor, código, referente e mensagem). Para AD não se trata apenas de transferir informação, nem há esse ordenamento linear dos elementos da comunicação, pois a linguagem serve tanto para comunicar como para não comunicar. Além disso, as relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Por isso, a definição de discurso é: o discurso é o efeito de sentidos entre interlocutores (ORLANDI, 2015).

O discurso viabiliza o elo necessário entre o nível propriamente linguístico e o extralinguístico, a partir do momento em que se percebeu que o que liga as significações de um texto às condições sócio-históricas não é de forma alguma secundário, mas constitutivo das próprias significações. Assim, o discurso é o ponto de articulação entre a ideologia e a linguística (BRANDÃO, 2012).

Nesse sentido, pode-se dizer que o discurso é a língua posta em funcionamento por sujeitos que produzem sentidos em uma dada sociedade. Sua produção acontece na história, por meio da linguagem, que é uma das instâncias por onde a ideologia se materializa (CARNEIRO, 2008).

Para uma melhor compreensão do referencial e um maior embasamento na discussão dos elementos influentes na TP do TDO, fazem-se necessárias a aproximação e reflexão sobre conceitos clássicos na AD, como sentido, sujeito, ideologia e interdiscurso, memória discursiva, esquecimento n.1, esquecimento n.2 e paráfrase. Sublinha-se que os conceitos de condições de produção, formação discursiva e formação ideológica serão apresentados no plano de análise do capítulo de Métodos. Outros conceitos também serão mobilizados e referidos durante a análise dos dados.

À luz dos ensinamentos de Pêcheux, ao afirmar que o discurso é a relação da língua com a ideologia determinando o sujeito e os sentidos (SOUZA, 2014), serão introduzidos conjuntamente os conceitos de sentido e sujeito, haja vista a dependência entre os mesmos. O sentido, assim como o sujeito, não pode ser definido como algo dado *a priori*, mas como

relações estabelecidas do sujeito com a língua e com a história (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015). Ainda na perspectiva de Pêcheux, o sentido de um objeto simbólico (palavra, expressão, proposição, texto, enunciado, etc) não é pré-determinado, mas é estabelecido pelas posições ideológicas no momento em que esses objetos são produzidos e de acordo com as formações discursivas a que se inscrevem (FERNANDES, 2008; BRANDÃO, 2012). Nesse seguimento, cabe a AD revelar o processo da constituição do sentido, explicando porque o sentido X e não o Y. Isso só é possível pensando o sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem, descentrando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da Linguística (ORLANDI, 2015).

Considerando os movimentos nas teorias linguísticas modernas para a concepção de sujeito, Orlandi (1983) discrimina três períodos. No primeiro, as relações interlocutivas eram interacionais, uma troca entre o *eu* e o *tu*, enquadrando a noção de sujeito de Benveniste, centrado na dominância do EU como fonte absoluta de sentido. No segundo, as relações são conduzidas por uma tensão básica em que o *tu* determina o que o *eu* diz, ocorrendo uma espécie de dominação. No terceiro, por meio da AD, procura-se romper com a dualidade, o centro da relação difere das concepções anteriores, nem no *eu* nem no *tu*, mas no espaço discursivo gerado por ambos (BRANDÃO, 2012).

O sujeito da AD é o sujeito do discurso, dividido, clivado, cindido, atravessado por uma teoria da subjetividade e de natureza psicanalítica, determinado pelo inconsciente e pela ideologia, que incorpora e assume diferentes vozes sociais (BRANDÃO, 2012). Assim, entende-se por sujeito as posições que um determinado indivíduo ocupa enquanto um enunciator interpelado pela ideologia, ou seja, é um sujeito determinado pela língua e pela história (PÊCHEUX, 2009).

Dentro dos serviços de saúde que realizam o TDO da TB há a posição de gestor, enfermeiro, médico, ACS, técnico de enfermagem, cada um desempenhando determinada função. Desse modo, os sujeitos discursaram a partir do lugar de profissionais de saúde e suas palavras significam e produzem sentidos em função dessas posições. Sublinha-se que os discursos dos mesmos profissionais, ocupando outras posições, produziram significados e sentidos diferentes. Os próprios profissionais de saúde emitem discursos de posições diferentes. O enfermeiro discursa do lugar que ocupa como supervisor das ações relacionadas ao TDO e o ACS discursa da posição de profissional que observa a ingestão do medicamento e acompanha diretamente a pessoa adoecida. Assim, os seus dizeres serão analisados como de sujeitos que ocupam lugares discursivos na sua relação da língua com a história, e não de individualidades (PÊCHEUX, 2009).

A interpelação do indivíduo em sujeito do discurso ocorre pela ideologia, pois não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2015). O que seria, pois, ideologia? Esse domínio é singularmente confuso, complexo e controverso, sendo importante elucidar qual conceito, dentre os muitos existentes, a AD se refere.

Para Marx e Engels, a ideologia é um conjunto de ideias que geralmente está a serviço da classe dominante, que a utiliza como instrumento para camuflar a verdade dos fatos como forma de justificar os seus interesses e enganar a classe dominada (LOWY, 1985; CHAUÍ, 2008). Esse ilusionismo faz com que o discurso marcadamente ideológico se caracterize pela presença de “lacunas”, “silêncios”, “brancos”, que preservam a coerência do seu sistema (BRANDÃO, 2012).

Segundo Althusser (1974), o Estado utiliza subterfúgios para perpetuar e reproduzir condições materiais, ideológicas e políticas de exploração por meio de aparelhos repressores (governo, administração, exército, polícia, tribunais, prisões, etc.) e aparelhos ideológicos (igreja, escola, família, cultura, informação, etc.). Esses aparelhos levam o sujeito a ocupar um lugar em um dos grupos ou classes de uma determinada formação social, de maneira que os sujeitos tenham a impressão de que são donos de suas vontades.

Pêcheux desconstrói a ideia de ideologia como “falsa consciência”, relacionada aos pressupostos marxistas e defende a proposta althusseriana dos “Aparelhos Ideológicos do Estado” Nessa perspectiva, na AD, a ideologia passa a ser um processo de naturalização e preservação de sentidos desejáveis e a fuga de outros de acordo com determinada época histórica (PÊCHEUX, 2009).

O interdiscurso, a memória discursiva, os esquecimentos n.1 e n.2 são outros conceitos importantes na AD. Para Orlandi (2015), a memória tem suas características, quando pensada em relação ao discurso e, nessa perspectiva, ela é tratada como interdiscurso, o qual é definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente, ou seja, é o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra. O interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada. Para a autora, interdiscurso e memória discursiva são considerados como sinônimos.

Entretanto, Cazarin (2010) se posiciona contra essa abordagem, afirmando que a noção de interdiscurso não pode ser colocada em uma relação de sinonímia com o de memória discursiva. Para a autora, a memória discursiva é lacunar, pois precisaria ser mobilizada pela posição-sujeito em forma de gesto de interpretação ou categoria de análise, enquanto o interdiscurso contempla todos os sentidos.

Independente dos dissensos, o fato de que há um já-dito que sustenta a possibilidade de todo dizer é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso, a sua relação com os sujeitos e com a ideologia (ORLANDI, 2015).

Enfatiza-se que é por meio da memória que os sentidos se constroem, dando a impressão de que a pessoa sabe do que está falando e de que esse dizer possui origem exclusiva em seu pensar, o que se designa de esquecimento n.1. Todavia, tudo que é dito, já foi dito em algum lugar e por outra pessoa. Já no esquecimento n.2, o sujeito, ao falar, fala de uma maneira e não de outra, e pensa que aquilo só pode ser dito com aquelas palavras e não outras, “esquecendo” (parcialmente) que tudo o que diz, bem como o sentido do que diz, vem da formação discursiva à qual se filia (ORLANDI, 2015). O que particulariza o interdiscurso é o esquecimento e a posterior disponibilização desses já ditos esquecidos que não possuem origem definida, mas se mantêm presentes nas relações estabelecidas no âmbito social. O diálogo, dessa maneira, perpetua a necessidade de dizer aquilo que, apesar de ser continuamente repetido, faz-se sempre novo e pertinente (GOMES, 2006).

Nesse sentido, pretende-se identificar nos discursos dos profissionais de saúde, sobre a TP do TDO em sua fase de manutenção e expansão, dizeres que se remeterão a uma filiação de dizeres, a uma memória, os quais serão identificados em sua historicidade, em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos. Vale ressaltar que o analista do discurso deve ter cuidado para não confundir interdiscurso e paráfrase, uma vez que o ato de parafrasear não implica o esquecimento necessário, fato esse essencial para que o interdiscurso se apresente como acontecimento discursivo (GOMES, 2006).

A paráfrase ou processos parafrásticos são dizeres que já foram abordados em outro momento e que se mantêm presentes, porém ditos de outra forma, ainda que com o mesmo sentido. Assim, os dizeres constroem e se reconstroem como se fosse um dizer novo; no entanto, são formulações diferentes do mesmo dizer sedimentado. A produção de sentido está relacionada, indissociavelmente, com a paráfrase, uma vez que a família parafrástica de um determinado *corpus* “constitui o que poderia chamar de matriz de sentido”. Assim, pode-se dizer que a paráfrase é a matriz do sentido, pois não há sentido sem repetição, sem sustentação no saber discursivo (ORLANDI, 2015).

Esse dispositivo apresenta-se como indispensável para a realização da AD, pois todo o dizer vai se estruturando a partir de famílias parafrásticas, que dão continuidade espaço-temporal ao sentido constituído em algum ponto da linha histórica do indivíduo ou da sociedade. Por isso, este elemento possui a capacidade (em maior ou menor grau, dependendo da particularidade do discurso realizado) de aglomerar os demais dispositivos analíticos, uma

vez que, com a sua ausência, não existiria um *continuum* no discurso, mas somente transformações sucessivas e ininterruptas que caracterizariam o processo de formulação das enunciações. Contudo, à medida que a repetição do dizível apresenta-se como a base do sentido, abre-se, também, a possibilidade do equívoco dessa continuidade, que se manifesta através da ruptura desse dizer cristalizado (GOMES, 2006).

Nesse sentido, ressalta-se a importância dos conceitos basilares da AD, haja vista que os mesmos assinalam o ponto de onde as análises partiram e constituem-se em lentes pelas quais o olhar do pesquisador irá flagrar os sentidos produzidos pelo discurso dos sujeitos.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto, mediante a combinação de estudos quantitativo e qualitativo, caracterizando-se pelo modelo paralelo convergente. Neste tipo de estudo, os dados quantitativos e qualitativos são coletados em paralelo, analisados separadamente e depois unidos (CRESWELL; CLARK, 2013).

A realização de um estudo convergente visa à obtenção de dados diferentes de um mesmo tema, porém convergentes ou complementares, objetivando uma melhor compreensão do problema da pesquisa, além de assegurar a integralidade e a triangulação dos resultados (CRESWELL; CLARK, 2013).

A integração dos dados é a pedra angular no estudo de métodos mistos; não obstante, sublinha-se que isto ainda se constitui um grande desafio (BRYMAN, 2007).

O estudo quantitativo foi caracterizado como um estudo tipo inquérito epidemiológico, e o estudo qualitativo foi pautado no referencial teórico metodológico de Análise do Discurso de matriz francesa.

Os dados quantitativos foram utilizados para verificar se a avaliação geral e por domínios da TP do TDO tem relação com as questões da localidade, da categoria profissional e ao tempo profissional nos serviços de saúde e para analisar as ações dos domínios avaliados como menos favoráveis à TP do TDO de forma geral e por município. Os dados qualitativos foram utilizados para relacionar o discurso dos enfermeiros e ACS com as ações de TP do TDO dos domínios menos favoráveis.

Ao combinar os dois estudos, espera-se compreender melhor o problema em estudo ao somar as tendências numéricas amplas da pesquisa quantitativa com a profundidade da pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2007).

O fluxo das etapas para realização do estudo está ilustrado na Figura 5.

Figura 5 - Fluxo das etapas do estudo

Fonte: Adaptado de Creswell (2013)

4.2 Cenário de Estudo / Condições de produção amplas (contexto histórico e ideológico)

Os indicadores para classificar os municípios prioritários do Brasil elencados pelo PNCT são: Capitais (independentemente de qualquer outro indicador); Municípios com mais de 100 mil habitantes; Taxa de incidência superior a 80% da taxa do País ou Taxa de mortalidade superior a do País.

No estado do Amazonas, apenas Manaus é classificado atualmente como prioritário segundo esses critérios e integra a lista nacional. No entanto, ficou sob a responsabilidade do próprio Estado eleger outros municípios como prioritários para o Programa, segundo critérios definidos pelo próprio estado. Assim, foram eleitos pela coordenação de TB estadual outros 6 municípios prioritários (Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé), além de Manaus.

Nesse sentido, o estudo foi desenvolvido em cinco municípios (Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé), considerados prioritários para o controle da TB no estado do Amazonas. Os municípios Manaus e São Gabriel da Cachoeira não foram incluídos nesta pesquisa, o primeiro por já estar sendo explorado em outro estudo e o segundo devido à modalidade de tratamento predominante ser auto administrado, sendo que a supervisão da tomada da medicação só é realizada com as pessoas com TB da área indígena e apenas na fase intensiva do tratamento.

O principal modelo de assistência nesses municípios é a ESF, sendo a equipe formada por médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O município com maior cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no ano de 2016 foi Itacoatiara (100%), seguido de Tefé (90%), Manacapuru (83%), Tabatinga (82%) e Parintins (76%).

Na Tabela 2 apresentam-se alguns indicadores geográficos, sociais, econômicos e de saúde dos municípios.

Tabela 2 - Caracterização dos municípios prioritários para o controle da TB do estado do Amazonas segundo indicadores municipais, 2015

Indicadores Municipais	MUNICÍPIOS				
	Itacoatiara	Manacapuru	Parintins	Tabatinga	Tefé
Região de Saúde	Médio Amazonas	Rio Negro e Solimões	Baixo Amazonas	Alto Solimões	Triângulo
Distância da capital em linha reta (km)	176,09	70,43	369,63	1.108,40	522,89
Via de acesso	Terrestre/ fluvial	Terrestre/ fluvial	Fluvial/ aérea	Fluvial/ aérea	Fluvial/ aérea
População (*2015)	97.122	94.175	111.575	61.028	62.444
Densidade demográfica (2010)	9,77	11,62	17,14	16,21	2,59
Índice de Desenvolvimento Humano (*2010)	0,644	0,614	0,658	0,616	0,639
Índice de Gini (*2010)	0,59	0,56	0,59	0,65	0,62
% de Pobreza (*2010)	36,60	35,47	42,12	46,19	34,38
Esperança de vida ao nascer (*2000)	73,7	72,7	73,0	71,1	73,0
Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no ano de 2016 (%)	100,00	83,00	76,00	82,00	90,00
Cobertura populacional das Unidades Básicas de Saúde no ano de 2016 (%)	100,00	84,74	76,86	82,00	90,00
Equipe de saúde da Família	28	21	23	13	16

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013); Brasil (2016b).

Alguns municípios apresentam algumas características específicas, como o município de Itacoatiara, que é considerado o maior centro agropecuário da região norte do Brasil e atrai muitos turistas durante o Festival da Canção de Itacoatiara (Fecani), reunindo músicos de todo o Brasil. Parintins, por sua vez, se destaca por sediar o Festival Folclórico de Parintins, uma das maiores manifestações culturais preservadas da América Latina. Tabatinga é um município de tríplice fronteira (Brasil, Colômbia e Peru), parte da população é indígena e apresenta um intercâmbio comercial formal e informal muito intenso.

Quanto à atenção à TB, os cinco municípios contam com o PCT. Em Itacoatiara, Parintins e Tabatinga, os coordenadores do PCT são enfermeiros. Nos municípios de Manacapuru e Tefé, os coordenadores são formados em Serviço Social e em Técnico de Enfermagem, respectivamente. Todos os cinco municípios possuem a atenção à TB descentralizada e o TDO é realizado em domicílio pelo ACS.

Cada município dispõe de apenas um laboratório de referência municipal para realização da análise bacteriológica para o diagnóstico da doença. O município de Tabatinga, além do laboratório municipal também conta com um laboratório de fronteira. O percurso da pessoa com TB desde a identificação dos sintomas até o desfecho do atendimento pode ser ilustrado na Figura 6.

Figura 6 - Fluxo de atendimento ao sintomático respiratório na ESF dos municípios prioritários do interior do estado do Amazonas

Fonte: Adaptado de Brasil (2011b)

Os Indicadores da TB por município podem ser visualizados na Figura 7.

Figura 7 - Mapa dos municípios prioritários para o controle da TB no estado do Amazonas segundo indicadores da doença, 2015

Fonte: FVS (2016)

A cobertura do TDO em 2015 em Manacapuru foi de 80,00%, em Parintins foi de 75,67% e em Tefé de 90,00%. Não foi possível verificar a cobertura do TDO nos municípios de Itacoatiara e Tabatinga devido ao alto número de casos sem essa informação. Observou-se ainda um alto percentual de dados não preenchidos em relação ao desfecho do tratamento no município de Tabatinga.

Destaca-se que algumas variáveis de contexto foram utilizadas para auxiliar na interpretação dos resultados.

4.3 Participantes do estudo

Para a etapa quantitativa, participou a população de referência composta por todos os profissionais de saúde das categorias: médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e ACS, envolvidos com a assistência às pessoas com TB em unidades de atenção primária com cobertura do TDO. Foram incluídos os profissionais no cumprimento ou exercício de suas funções no momento da data da coleta de dados e com experiência de no mínimo seis meses na unidade de saúde do município. Foram excluídos os profissionais em férias ou afastamento por licença-saúde no momento da coleta de dados; os que trabalhavam nas unidades de saúde indígenas e os que, após três tentativas de contato, não estavam disponíveis ou presentes. Houve algumas perdas relacionadas à não devolução do instrumento pelo profissional que, após três tentativas de recebimento, não havia respondido ou não estava presente.

É relevante acentuar que, no Amazonas, a rotatividade de profissionais nos municípios interioranos é bastante alta, principalmente em relação à categoria médica, o que dificultou o alcance de um maior número de participantes, já que um dos critérios seria que o profissional possuísse pelo menos seis meses de experiência no local. Aliado a isso, os municípios também contavam com um grande quantitativo de médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos, os quais não puderam participar por não conhecer como ocorre a execução da política de controle da TB no Brasil e por não possuir autorização dos seus superiores em Cuba. Assim, a amostra do estudo foi constituída pela totalidade dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que atenderam aos critérios de inclusão, constituída, portanto, de 138 profissionais de saúde.

Para a etapa qualitativa, a amostra foi definida por conveniência, sendo selecionados pelo menos um enfermeiro e um ACS de cada município, por se entender ser suficiente para responder o objetivo desenhado para este estudo. É de notar que, na AD, não se busca a exaustividade horizontal, isto é, em extensão, tampouco a completude ou exaustividade em

relação ao objeto empírico, pois ele é inesgotável, uma vez que todo discurso se estabelece na relação como um discurso anterior e aponta para outro. Almeja-se a exaustividade vertical, em profundidade, tendo em vista a compreensão dos sentidos produzidos, o que dispensa outras técnicas de amostragem previstas em outros tipos de pesquisa qualitativa (ORLANDI, 2015).

Ressalta-se que a escolha dessas categorias profissionais se justifica pelo fato do enfermeiro e o ACS serem os profissionais que estão mais diretamente ligados às ações do TDO. Compete ao enfermeiro a gestão do TDO e ao ACS a observação da tomada da medicação propriamente dita (BRASIL, 2011a).

4.4 Instrumentos de coleta de dados e variáveis

Para a etapa quantitativa foi utilizado um instrumento nomeado “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose – ATP-IINFOC-TB”, o qual visa avaliar a TP no TDO da TB segundo as perspectivas dos profissionais de saúde (Anexo A). Trata-se de um instrumento contendo 39 itens escalonados segundo uma escala do tipo Likert de 5 pontos, com as seguintes opções de respostas: discordo (1), discordo parcialmente (2), indiferente (3), concordo parcialmente (4), concordo (5).

O interesse em utilizar o ATP-IINFOC-TB foi devido ao fato de seu desenho corresponder aos objetivos da pesquisa e também por ser um instrumento validado (conteúdo, semântica e constructo), confiável, de fácil aplicação para avaliar a TP do TDO (SILVA, 2016).

Para este estudo, optou-se por agrupar as variáveis correspondentes aos itens do instrumento em sete domínios de análise fundamentados no referencial de TP: ações da gestão, ações da equipe de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO; conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO; percepção sobre o TDO e sua contribuição na assistência e promoção da saúde; prática do TDO; percepção sobre estratégias para melhorar o TDO. Cada domínio corresponde a um conjunto de ações imprescindíveis para execução, manutenção e expansão do TDO. Foram excluídos quatro itens por considerá-los repetitivos.

A distribuição dos itens/variáveis segundo domínios pode ser visualizada no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas do instrumento ATP-IINFOC-TB segundo domínios de análise

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

As variáveis independentes foram: município, categoria profissional e tempo de serviço. Para a variável “município” foram estabelecidas cinco categorias: M1 para o município Itacoatiara; M2 para Manacapuru; M3 para Parintins; M4 para Tabatinga e M5 para Tefé. Para a variável “categoria profissional” quatro categorias: ACS; enfermeiro; médico e técnico de Enfermagem. Para variável “tempo de serviço” três categorias: 6 meses a 5 anos; 6 a 10 anos e > 10 anos.

Para a etapa qualitativa foi utilizado um roteiro para entrevista, previamente testado, composto por questões semiestruturadas relacionados às informações gerais do TDO (Apêndice A). A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador direcionar as questões conforme objetivos propostos no estudo e parte de um roteiro inicial preestabelecido, que pode ser ampliado pela inserção de novos questionamentos (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Dessa maneira, as questões de pesquisa que nortearam a formação do corpus foram: Como o TDO está estruturado em sua unidade? Comente sobre as estratégias utilizadas para fortalecer o TDO; Comente sobre as dificuldades enfrentadas pela pessoa com TB e pelo serviço de saúde em relação ao TDO; Comente sobre a disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais e instrumentos utilizados para aplicabilidade e acompanhamento do TDO; Fale sobre a disponibilidade, frequência e participação dos profissionais nos treinamentos sobre o TDO; Fale sobre o que você pensa sobre o TDO; Como as informações do TDO vêm sendo discutidas com a equipe de saúde? Quais adequações ou inovações têm sido feitas para efetivar a TP do TDO? Se não fez, o que o(a) Sr(a) tem planejado?

As respostas desses questionamentos constituíram-se o *corpus* desse estudo. O *corpus* é definido por Courtine (2009, p.28) como “um conjunto de sequências discursivas, estruturado segundo um plano definido como referência a um certo estado das condições de produção do discurso”.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a abril de 2016, durante os dois turnos (manhã e tarde), todos os dias, exceto finais de semana e feriados. Ao chegar ao município, era realizada uma reunião com o secretário de saúde e/ou coordenador do PCT para apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa.

O convite para participar da etapa quantitativa e a entrega do instrumento foram realizados no início e final de cada turno, ou entre uma consulta e outra, conforme

disponibilidade do profissional, sendo o instrumento recolhido no dia indicado pelo participante. Ocorreram casos em que os profissionais não haviam conseguido responder o instrumento, sendo agendado um novo dia para devolução, que geralmente era no seu próximo dia de trabalho. É importante realçar que, apesar de todo esforço por parte da pesquisadora, alguns dos instrumentos não foram recolhidos pelos sucessivos esquecimentos dos profissionais em responder ou em levar o instrumento para o local de trabalho.

O convite para participar da etapa qualitativa foi realizado no momento do aceite do profissional para participar da etapa quantitativa. As entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, em local definido pelo profissional e tiveram duração em média de 25 minutos, sendo gravadas em áudio por meio de um gravador digital.

4.6 Tratamento dos dados

Os dados quantitativos foram organizados, codificados e duplamente digitados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados (Excel for Windows), para análise estatística utilizando o software *Statistica* 12, da *Statsoft.Inc* e programa R versão 3.2.3.

Para a análise foram criadas matrizes de distribuição de frequências de respostas por item. A ordem da pontuação é: discordo (1 ponto), discordo parcialmente (2 pontos), indiferente (3 pontos), concordo parcialmente (4 pontos), concordo (5 pontos) e não se aplica (0 ponto). Nos itens negativos foi realizada a inversão da pontuação, o que significa que o escore mais alto foi dado à resposta que indicou maior nível de positividade em relação à TP do TDO.

Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra. As 11 entrevistas foram organizadas no Excel, em que as colunas corresponderam às questões norteadoras e as linhas aos participantes. Cada linha do Excel correspondeu a um documento primário (Primary Documents). Em seguida, esses dados foram exportados para o software Atlas.ti 7.0 e criado um único projeto denominado Unidade Hermenêutica (*Hermeneutic Unit*). Sinaliza-se que o Atlas.ti apenas auxiliou na organização dos dados e não interferiu tanto na criação dos blocos, recortes e sequências discursivas, assim como na análise dos resultados. Desta forma, realizou-se leitura exaustiva do material empírico, permitindo a exploração e seleção dos recortes conforme se inscreviam em uma mesma formação discursiva e estavam relacionados aos aspectos do estudo quantitativo que necessitava de maior aprofundamento e compreensão. O recorte refere-se à seleção de fragmentos do *corpus* para análise, tendo em vista os objetivos do estudo (FERNANDES, 2008).

4.7 Plano de análise

4.7.1 Primeira etapa: avaliação geral e dos domínios das ações de TP do TDO

A análise descritiva foi realizada visando caracterizar os participantes do estudo em relação ao município a que pertencem, categoria profissional, sexo, idade e tempo de serviço. Realizou-se o cálculo de frequência para as variáveis município, categoria profissional e sexo, e o cálculo da média e desvio padrão para as variáveis idade e tempo de serviço.

Para avaliar associação da transferência do TDO (geral e por domínios) em relação à localidade, categoria profissional e tempo de serviço, recorreu-se à análise de regressão beta e regressão beta inflacionada.

Nesse sentido, obteve-se uma média e um escore padronizado de cada item do instrumento por meio das seguintes expressões: $Média_{padronizada} = \frac{Média-Mínimo}{Máximo-Mínimo}$ e $Escore_{padronizado} = \frac{Média-Mínimo}{Máximo-Mínimo} \times 100$, sendo, os valores mínimo e máximo representados por 1 e 5, respectivamente, e a média um valor entre 1 e 5, de tal forma que o Média Padronizada é um valor compreendido no intervalo fechado 0 e 1 (os quais serão utilizados para a análise de regressão beta e regressão beta inflacionada) e o Escore Padronizado (a ser apresentado na etapa mista) que corresponde à média padronizada multiplicada por 100, sendo fornecido em percentual. O cálculo foi feito considerando-se todas as questões (escore geral) e as questões relacionadas a cada um dos domínios. O valor médio de cada item foi calculado por meio da soma de todas as respostas em cada item dividido pelo número de participantes.

Ferrari e Cribari Neto (2004) propuseram este modelo como proposta para modelar dados em um intervalo (0,1). Os autores citam a flexibilidade da distribuição beta, que é a base desse modelo, como principal motivação para o seu uso. A distribuição pode assumir uma variedade de formas; dependendo dos valores dos parâmetros, ela pode ser assimétrica à direita, à esquerda, centralizada ou uniforme (CRIBARI-NETTO; ZEILEIS, 2010).

Nesse modelo, os parâmetros são interpretados em termos da média e têm a vantagem adicional de acomodar assimetria e heterocedasticidade (variância não constante). A função

densidade de probabilidade é dada por $f(y; \mu, \phi) = \frac{\Gamma(\phi)}{\Gamma(\mu\phi)\Gamma((1-\mu)\phi)} y^{\mu\phi-1} (1-y)^{(1-\mu)\phi-1}$

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

variância e vice-versa. Seja $y_1, \dots, y_n$ uma amostra aleatória de uma distribuição beta, $y_i \sim \beta(\mu_i, \phi)$. O Modelo de Regressão Beta é definido como $g(\mu_i) = x_i^T \beta$, onde β denota o conjunto de parâmetros desconhecidos, x_i é o vetor de variáveis independentes e $g()$ é a função de ligação que relaciona a média com as covariáveis. Uma extensão do modelo de regressão foi introduzida por Smithson e Verkuilen (2006) no sentido de também permitir um modelo de regressão para o parâmetro de precisão.

Nessa abordagem, tem-se que $y_i \sim \beta(\mu_i, \phi_i)$ e o Modelo de Regressão Beta estendido é definido como $g(\mu_i) = x_i^T \beta$ / $h(\phi_i) = z_i^T \gamma$ onde β e γ denotam respectivamente o conjunto de parâmetros desconhecidos para a média e a precisão, x_i e z_i são os vetores de variáveis independentes respectivos para μ e ϕ , $g()$ e $h()$ são as funções de ligação que relacionam respectivamente a média e a precisão com os seus respectivos conjuntos de covariáveis. Estas não precisam ser necessariamente as mesmas para a média e a precisão.

No entanto, como a distribuição não trabalha com os valores extremos (0 e 1), uma versão inflacionada da distribuição foi proposta por Ospina e Ferrari (2010) com o intuito de acomodar estas informações. Nesse caso, temos que y é uma variável que segue uma distribuição Beta Inflacionada (BEINF) com intervalo entre zero e um, cuja expressão é dada

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

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

As variáveis independentes utilizadas foram Município (Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé), Categoria profissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), e Tempo de Serviço (1 a 5 anos, 6 a 10 anos e acima de 10 anos). Na análise dos escores dos domínios, esta informação (domínio ao qual pertence) também foi considerada uma variável independente. A partir do modelo escolhido foram calculados os valores preditos médios dos escores para as categorias das variáveis presentes e também a variabilidade associada a cada uma delas (será a mesma se o modelo escolhido for o modelo beta padrão).

Para efetuar os ajustes do modelo de regressão beta foi utilizada a biblioteca “betareg”, desenvolvida por Cribari-Neto e Zeileis (2010). Já para realizar os ajustes do modelo de regressão beta inflacionado foi utilizada a biblioteca “generalized additive models for

location, scale and shape” (GAMLSS), desenvolvida por Stasinopoulos e Rigby (2007), ambas do programa R versão 3.2.3. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

Para a escolha do modelo mais apropriado, utilizou-se o Critério de Informação de Akaike (AIC). Esse critério indica que o modelo que melhor representa o sistema real, é aquele que tem o menor valor encontrado para o AIC (AKAIKE, 1974; BURNHAM; ANDERSON, 2002).

A partir dos resultados da regressão beta inflacionada, da modelagem, notadamente no que se refere aos resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis (domínios com menores valores com diferença estatística significativa), buscou-se triangular com os dados qualitativos, no sentido da compreensão mais aprofundada de tais resultados.

4.7.2 Segunda etapa: integração das abordagens quanti e qualitativa para análise dos domínios com resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis

Nesta etapa, as ações de saúde dos domínios com resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis foram analisadas de forma geral e por municípios. Posteriormente, os resultados das análises foram explorados articulando de forma dialogada com os discursos dos enfermeiros e ACS de cada município, visando maior profundidade na compreensão do fenômeno estudado. Utilizou-se a comparação lado a lado como estratégia de análise para a fusão dos resultados. Consiste em apresentar juntos os resultados quantitativos e os resultados dos achados qualitativos de forma que possam ser facilmente comparados (CRESWELL; CLARK, 2013).

4.7.2.1 Etapa Quantitativa

Para análise das ações dos domínios com resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis de forma geral utilizaram-se a média e escore padronizado. Para cada valor médio, calculou-se o respectivo desvio padrão. Para análise do escore padronizado utilizou-se o seguinte parâmetro: resultados não favoráveis (abaixo ou igual a 60,00%) e favoráveis (acima de 60,00%).

Para análise das ações dos domínios com resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis por município utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Para a ACM, as respostas obtidas do instrumento foram agrupadas em duas categorias:

resposta não favorável: resposta 1, 2 e 3 (1) e resposta favorável: resposta 4 e 5 (2), que compuseram as variáveis ativas do mapa perceptual gerado na análise.

No mapa perceptual, as variáveis podem ser representadas em duas ou mais dimensões. A inércia (variabilidade) associada a cada dimensão do mapa informou a proporção da variação total dos dados de cada dimensão. A primeira dimensão do gráfico é a mais relevante, pois exibe a maior quantidade de inércia, ou seja, a variabilidade. A segunda dimensão exibe a maior quantidade de inércia após a primeira, sendo a segunda mais importante, e assim sucessivamente (FERRAUDO, 2014). A qualidade, autovalor e inércia segundo domínios de análise podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Qualidade, autovalor e inércia segundo domínios de análise. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé - AM, 2016

Domínios de análise	Dimensão	Autovalor	% de Inércia	% Acumulado
Ações da gestão	1	0,404	40,44	40,44
	2	0,153	15,36	55,80
	3	0,132	13,18	68,99
	4	0,118	11,76	80,75
	5	0,082	8,17	88,91
	6	0,065	6,51	95,42
	7	0,046	4,58	100,00
Ações da equipe de saúde	1	0,430	43,02	43,02
	2	0,184	18,39	61,41
	3	0,159	15,94	77,38
	4	0,134	13,37	90,72
	5	0,093	9,28	100,00
Recursos para o desenvolvimento do TDO	1	0,523	52,29	52,29
	2	0,229	22,88	75,17
	3	0,156	15,65	90,82
	4	0,091	9,18	100,00
Prática do TDO	1	0,492	49,20	49,20
	2	0,187	18,74	67,94
	3	0,144	14,43	82,37
	4	0,106	10,65	93,02
	5	0,070	6,97	100,00
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	1	0,388	38,76	48,76
	2	0,203	15,27	64,03
	3	0,172	13,18	77,21
	4	0,134	12,43	89,64
	5	0,103	10,35	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na Tabela 4 estão apresentadas as variáveis que pertencem à dimensão 1 e 2 nos mapas perceptuais gerados pela ACM, identificadas segundo a maior contribuição absoluta (Cos2).

Tabela 4 - Contribuição absoluta das variáveis segundo dimensão. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé - AM, 2016

Domínios de análise	Variáveis	Categorias	Cos ² Dim.1	Cos ² Dim.2	Dimensão	Qualidade
Ações da gestão	V1	1	0,379	0,025	1	0,404
		2	0,379	0,025		
	V2	1	0,577	0,000	1	0,577
		2	0,577	0,000		
	V3	1	0,471	0,042	1	0,513
		2	0,471	0,042		
	V4	1	0,536	0,035	1	0,571
		2	0,536	0,035		
Ações da equipe de saúde	V5	1	0,191	0,174	1	0,365
		2	0,191	0,174		
	V6	1	0,666	0,052	1	0,717
		2	0,666	0,052		
	V7	1	0,011	0,747	2	0,758
		2	0,011	0,747		
	V8	1	0,412	0,357	1	0,770
		2	0,412	0,357		
Recursos para o desenvolvimento do TDO	V9	1	0,447	0,103	1	0,550
		2	0,447	0,103		
	V10	1	0,470	0,002	1	0,472
		2	0,470	0,002		
	V11	1	0,409	0,064	1	0,473
		2	0,409	0,064		
Prática do TDO	V12	1	0,413	0,392	1	0,805
		2	0,413	0,392		
	V13	1	0,538	0,262	1	0,800
		2	0,538	0,262		
	V14	1	0,613	0,155	1	0,768
		2	0,613	0,155		
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	V15	1	0,486	0,243	1	0,729
		2	0,486	0,243		
	V16	1	0,454	0,255	1	0,710
		2	0,454	0,255		
	V26	1	0,379	0,066	1	0,445
		2	0,379	0,066		
Prática do TDO	V27	1	0,620	0,017	1	0,637
		2	0,620	0,017		
	V28	1	0,375	0,368	1	0,743
		2	0,375	0,368		
	V29	1	0,679	0,073	1	0,752
		2	0,679	0,073		
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	V30	1	0,408	0,412	2	0,820
		2	0,408	0,412		
	V31	1	0,174	0,558	2	0,732
		2	0,174	0,558		
	V32	1	0,227	0,134	1	0,361
		2	0,227	0,134		
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	V33	1	0,426	0,238	1	0,665
		2	0,426	0,238		
	V34	1	0,524	0,004	1	0,528
		2	0,524	0,004		
	V35	1	0,587	0,078	1	0,665
		2	0,587	0,078		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No primeiro domínio de análise, as variáveis que apresentaram maior contribuição para dimensão 1 foram: uso de estratégias educativas e de sensibilização; oferta frequente de capacitações para equipe e profissionais recém-contratados; discussão do TDO com a equipe; liberação para participação em treinamentos e uso de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento. Enquanto que para a dimensão 2 foi a variável integração e interação da coordenação de TB com a equipe.

No segundo e terceiro domínios de análise, todas as variáveis selecionadas pertenceram à dimensão 1.

No quarto domínio de análise, a dimensão 1 foi composta pelas variáveis: o TDO é trabalhado de forma multiprofissional; planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO; adaptação do TDO à área de abrangência da unidade e participação da pessoa com TB no plano de cuidado. A dimensão 2 foi composta pela variável “autonomia da pessoa com TB em decidir realizar TDO”.

No quinto domínio de análise, as variáveis apresentadas na dimensão 1 foram: necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO; impacto positivo das ações de sensibilização no TDO; criação de novas estratégias relacionadas ao TDO; desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO. A segunda dimensão foi composta pela variável “necessidade de incorporação de outras instituições”.

Levando em consideração os valores da inércia para a dimensão 1 (Tabela 4) e que a maioria das variáveis foram representadas nessa dimensão (Tabela 5) e se fundamentando na literatura nacional e internacional (INFANTOSI; COSTA; ALMEIDA, 2014; FERRAUDO, 2014; MONSARRAT et al., 2016), em relação à análise da ACS por similaridade, optou-se por apresentar esse estudo de acordo com as aproximações das variáveis. Assim, cada variável tem uma posição espacial no mapa perceptual, sendo as similares ou associadas representadas em pontos próximos, e as não similares em pontos distantes. Como variável passiva inseriu-se o município, a qual, embora não contribua na dispersão dos pontos no mapa, auxilia a interpretação dos dados obtidos (NASCIMENTO et al., 2013).

Abre-se um parêntese para ressaltar que esses dados foram apresentados aqui para reservar ao capítulo 5 somente os resultados mais relevantes, visando facilitar a compreensão na articulação dos resultados com o estudo qualitativo.

O padrão de interdependência entre as variáveis foi realizado por meio da análise de resíduos (diferença entre o observado e o esperado) numa forma padronizada e ajustada, ou seja, expressa em unidade de desvio-padrão, o que representa valores de relação biunívoca

(relação que associa cada elemento de um conjunto com um único elemento de outro conjunto e vice-versa) com probabilidade de ocorrência. Assim, adotando um nível de significância de 5%, resíduos acima de 1,96 indicam uma associação significativa entre as variáveis (SILVA, 2011).

4.7.2.2 Etapa Qualitativa: Análise de discurso de matriz francesa

Visando relacionar e compreender em profundidade os resultados mais relevantes oriundos da análise quantitativa elegeu-se a AD de Matriz Francesa como referencial teórico-metodológico para compreender os sentidos produzidos a partir dos discursos dos profissionais de saúde relacionados aos aspectos que influenciam na manutenção e expansão do TDO e consequentemente no sucesso de sua transferência como política de saúde.

Levando em consideração que os sujeitos profissionais de saúde não têm controle sobre o modo pelo qual os sentidos do seu discurso vão se constituir e que o discurso pode produzir vários sentidos, mas não se pode aceitar “qualquer sentido”, torna-se imprescindível a compreensão das condições de produção nas quais o discurso é produzido, pois é nas condições de produção que o sujeito *assujeitado* por determinada ideologia toma determinadas posições ao longo do seu discurso, já que o discurso não é dado e sim recorre à memória em todo momento (ORLANDI, 2015).

Para efeito de esclarecimento, as condições de produção podem ser compreendidas como contexto histórico, social e ideológico que permeiam um discurso ao ser produzido e podem ser amplas ou restritas (FERNANDES, 2008; ORLANDI, 2015). As condições amplas referem-se ao contexto histórico e ideológico dos sujeitos e foram apresentadas no subtópico 4.2. As condições restritas referem-se ao sujeito e contexto imediato das entrevistas (ORLANDI, 2015). Por se tratar de uma análise inserida em um estudo misto, as condições restritas das entrevistas de cada sujeito serão apresentadas a seguir.

E1: enfermeira, município Itacoatiara, 27 anos, um ano de experiência. Entrevista realizada em um consultório médico que no momento estava desocupado e ocorreu sem interrupções.

E2: enfermeiro, município Manacapuru, 25 anos, 2 anos trabalhando no município. A entrevista foi realizada em seu consultório após os atendimentos e não teve interrupções.

E3: enfermeiro, município Parintins, 28 anos, 2 anos de experiência. Entrevista realizada em seu consultório sem interrupções.

E4: enfermeiro, município Parintins, 31 anos, 3 anos de experiência. Entrevista realizada em seu consultório sem interrupções. Essa entrevista foi realizada posteriormente a entrevista do sujeito E3 e foi realizada para explorar alguns pontos não contemplados pela entrevista com o E3.

E5: enfermeiro, município Tabatinga, 38 anos, 8 anos de tempo de serviço na unidade. Possui experiência anterior como coordenador municipal do PCT. A entrevista ocorreu em seu consultório com algumas interrupções pelo entrevistado para atender o celular. No final da entrevista o mesmo aparentava pressa para atender novamente as chamadas no celular.

E6: enfermeira, município Tefé, 25 anos, um ano de tempo de serviço no município. A entrevista foi realizada em seu consultório sem interrupções.

ACS1: agente comunitária de saúde, município Itacoatiara, 56 anos, 15 anos de experiência, entrevista realizada no consultório médico desocupado, havendo interrupções por funcionários e pela enfermeira para solicitar informações diversas. No momento da entrevista, as enfermeiras estavam realizando atendimentos, sendo isso reportado em alguns trechos do discurso.

ACS2: agente comunitária de saúde, município Parintins, 41 anos, 5 anos de experiência. A entrevista foi realizada no consultório do enfermeiro com algumas interrupções.

ACS3: agente comunitária de saúde, município Tabatinga, 43 anos, 15 anos de experiência. A entrevista foi realizada em uma área fora da unidade de saúde, onde os ACS se reúnem para escrever o relatório. A entrevista ocorreu na presença de outros ACS, porém de forma tranquila e sem interrupção.

E7: enfermeira, município Tefé, 26 anos, um ano de tempo de serviço no município. A unidade de saúde ficava do outro lado do rio, sendo o transporte para esse bairro por meio de catraias (canoa). A entrevista ocorreu no consultório da enfermeira, sendo interrompida uma vez pelo médico.

ACS4: agente comunitário de saúde, município Tefé, 32 anos, um ano de tempo de serviço no município. A entrevista foi realizada em uma sala, sendo interrompida uma vez.

Para análise e compreensão dos sentidos produzidos pelo *corpus*, seguiram-se as seguintes etapas da AD preconizadas por Orlandi (2015):

1ª etapa: Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo: O objeto discursivo não é dado, são necessários esforços do analista e para isso é importante realizar a conversão da superfície linguística para um objeto teórico.

A superfície linguística do discurso refere-se ao texto (material bruto) produzido por meio da transcrição das entrevistas, isto é, refere à parte “visível, tangível da linguagem. É o que se fala e o que se escreve. É o que se ouve e se vê [...] é a ponta do iceberg do sentido” (SOUZA, 2014, p.13).

Para ir além do visível é necessário que o analista procure no texto a sua discursividade, ou seja, observe o “modo de construção, a estruturação, o modo de circulação e os diferentes gestos de leitura que constituem os sentidos do texto submetido à análise”. A realização de um tratamento de análise superficial, ou seja, a de-superficialização do texto é o que se denomina objeto discursivo. O processo de de-superficialização consiste no primeiro lance de análise linguístico enunciativa, em que se leva em consideração a materialidade linguística: o como se diz (marcas linguísticas, paráfrase, sinonímia, relação do dizer e não dizer, etc.), o quem diz (posição-sujeito), em que circunstâncias (condições de produção amplas e restritas). Nesta etapa, se desfaz a ilusão de que o dizer só poderia ser dito de uma única forma (esquecimento n.2). A partir desse momento, se desfaz o produto enquanto tal para, a partir dos vestígios, aprofundar a análise e atingir, em uma segunda fase, o processo discursivo (ORLANDI, 2015).

2ª etapa: Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo: O processo discursivo consiste em compreender os sentidos produzidos pelo processo de de-superficialização do texto (objeto discursivo) e o delineamento das formações discursivas distintas. A formação discursiva é definida “como aquilo que em uma formação ideológica específica, ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio histórica dada, determinar o que pode e deve ser dito” (ORLANDI, 2015). É um princípio de organização metodológica, resultante do olhar do analista, delimitada pela forma como os discursos de cada enunciado se relacionam entre si.

Destaca-se que as formações discursivas não podem ser caracterizadas como um espaço fechado, haja vista que a “fronteira” seria justamente o lugar onde os discursos se entrelaçam, sendo invadido por elementos que vêm de outro lugar, sob a forma de pré construídos e de discursos transversos (CAZARIN, 2010). Estas não podem ser interpretadas sem considerar o contexto sócio histórico, ideológico, econômico e epidemiológico que permearam a produção do discurso e o contexto imediato das entrevistas (ORLANDI, 2015).

3ª etapa: Delineamento da formação discursiva e sua relação com a ideologia: Orlandi (2015) afirma que esta etapa ocorre ao mesmo tempo em que a segunda, pois no momento em que o analista significa o texto, ele relaciona as formações discursivas distintas com a formação ideológica. A formação ideológica é definida como “um conjunto complexo de

atitudes e de representações que não são nem “individuais” nem “universais”, mas se relacionam mais ou menos diretamente a posições de classe em conflito umas em relação às outras (HAROCHE; HENRY; PÊCHEUX, 1971, p.102 apud BRANDÃO, 2012).

Na apresentação dos resultados, foi utilizada a letra E para identificar os enfermeiros e ACS para os Agentes Comunitários de Saúde, seguida do número que corresponde à ordem das entrevistas. As reticências [...] foram utilizadas para representar as pausas ou supressão de trechos que não cooperavam para a compreensão do objeto do estudo. Foram utilizadas as palavras “fulano” e “ciclano” para substituir o nome de profissionais que foram mencionados no momento do discurso.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP) via Plataforma Brasil, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 45415015.3.0000.5393 (Anexo B).

Os dados referentes aos indicadores de TB nos últimos cinco anos nos municípios prioritários foram fornecidos pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (Anexo C).

Os Profissionais de Saúde foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-lhes o sigilo das informações conforme recomendado pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 138 profissionais de saúde participantes do estudo na etapa quantitativa, 22 (15,94%) eram médicos, 47 (34,06%) enfermeiros, 47 (34,06%) ACS e 22 (15,94%) técnicos de Enfermagem, sendo 18 (13,04%) de Itacoatiara, 17 (12,32%) de Manacapuru, 33 (23,91%) de Parintins, 28 (20,29%) de Tabatinga e 42 (30,43%) de Tefé. A maioria (84,61%) era do sexo feminino, com faixa etária variando entre 22 a 62 anos (média 37,3; Desvio Padrão DP 8,5). Em relação ao tempo de serviço na instituição, os profissionais possuíam entre 1 a 32 anos (média 6,8; DP 25,5). Para a etapa qualitativa foram entrevistados 11 profissionais, sendo 7 enfermeiros e 4 ACS.

5.1 Avaliação geral e por domínios das ações de saúde relacionadas à TP do TDO

A Tabela 5 apresenta as estimativas para média e dispersão em relação à avaliação geral das ações de saúde (escore padronizado geral do instrumento) relacionadas à TP do TDO. Os municípios Itacoatiara e Parintins e a categoria técnico de enfermagem apresentaram significância estatística para a média. O tempo de serviço de 6 a 10 anos apresentou significância estatística para dispersão, o que significa que essa variável apresentou maior variabilidade nos dados.

Tabela 5 - Estimativa dos parâmetros do modelo de regressão Beta do escore geral das ações de TP do TDO segundo município, categoria profissional e tempo de serviço. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Parâmetros média	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
(Intercept)	1,1256	0,1599	7,0390	0,0000
Itacoatiara	-0,7310	0,1978	-3,6950	0,0002
Manacapuru	-0,1762	0,2108	-0,8350	0,4035
Parintins	-0,7948	0,1754	-4,5310	0,0000
Tabatinga	-0,2845	0,1821	-1,5620	0,1183
ACS	-0,0632	0,1464	-0,4320	0,6658
Médico	-0,2769	0,1918	-1,4440	0,1489
Técnico de Enfermagem	-0,5245	0,1921	-2,7310	0,0063
Parâmetros dispersão	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
(Intercept)	1,7400	0,1476	11,792	0,00000
Tempo de serviço = 6 a 10 anos	0,6674	0,2764	2,4150	0,01570
Tempo de serviço = > 10 anos	0,3957	0,2987	1,3250	0,18520

AIC: -99,32

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A partir dos resultados obtidos na estimativa dos parâmetros do modelo de regressão Beta apresenta-se na Tabela 6 os valores preditos pelo modelo, visando identificar a

contribuição de cada variável neste modelo. Observa-se que os municípios Itacoatiara e Parintins e a categoria técnico de enfermagem apresentaram menores médias relacionadas à avaliação geral das ações de TP do TDO.

Tabela 6 - Valores preditos para o modelo de regressão Beta em relação à média e ao desvio padrão segundo município e categoria profissional. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Município	Profissão	Escore Padronizado do município (%)	Média padronizada	Desvio_Padrão
Itacoatiara	ACS	56,32	0,5821	0,1906
Itacoatiara	Enfermeiro		0,5974	0,1906
Itacoatiara	Médico		0,5294	0,1906
Itacoatiara	Técnico de Enfermagem		0,4676	0,1906
Manacapuru	ACS	69,96	0,7081	0,1757
Manacapuru	Enfermeiro		0,7210	0,1757
Manacapuru	Médico		0,6621	0,1757
Manacapuru	Técnico de Enfermagem		0,6047	0,1757
Parintins	ACS	57,27	0,5665	0,1915
Parintins	Enfermeiro		0,5820	0,1915
Parintins	Médico		0,5135	0,1915
Parintins	Técnico de Enfermagem		0,4517	0,1915
Tabatinga	ACS	66,49	0,6852	0,1795
Tabatinga	Enfermeiro		0,6987	0,1795
Tabatinga	Médico		0,6374	0,1795
Tabatinga	Técnico de Enfermagem		0,5785	0,1795
Tefé	ACS	71,70	0,7431	0,1688
Tefé	Enfermeiro		0,7550	0,1688
Tefé	Médico		0,7003	0,1688
Tefé	Técnico de Enfermagem		0,6459	0,1688

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme se pode observar, as ações relacionadas à TP do TDO tiveram relação com a localidade, sendo que os municípios de Itacoatiara e Parintins foram os que apresentaram resultados menos favoráveis de avaliação geral da TP do TDO.

Provavelmente os achados enunciam maiores dificuldades da TP do TDO nos referidos locais, principalmente em relação à sua manutenção e expansão. Presume-se que, em decorrência disso, as taxas de curas em ambos os municípios estejam inferiores a 85% recomendado pela política de controle da TB. Em 2015, a taxa de cura no município de Parintins foi de 68,18% e em Itacoatiara 79,49%. Ainda, a taxa de abandono em Parintins foi de 10,26%, valor acima do esperado.

Por outro lado, o município de Tefé apresentou os resultados mais favoráveis de avaliação geral da TP do TDO, seguido de Manacapuru e Tabatinga. Vale destacar que os três municípios em 2015 possuíam as maiores taxas de incidências de TB (Figura 7).

Em 2015, o município de Tefé apresentou uma taxa de cura de 89,58%, e não houve registro de casos de abandono do tratamento da doença. Assim, as observações empíricas durante a coleta de dados possibilitaram identificar grande engajamento do secretário de saúde com as ações de controle da TB além do coordenador municipal do programa de TB. Ambos gestores possuem vasta experiência na gestão de ações de saúde no município. Provavelmente o envolvimento e o aprendizado institucional devido à experiência de tais recursos humanos estejam favorecendo as ações para a manutenção e expansão do TDO no município.

O município de Manacapuru, do ponto de vista geográfico, é próximo e possui acesso terrestre à capital, o que permite a comunicação periódica com a gestão central das ações de controle da TB, o que facilita a obtenção do suporte técnico e operacional do TDO. Entende-se que essa característica tenha cooperado para os resultados mais favoráveis de avaliação geral da TP do TDO no município, uma vez que a proximidade geográfica às regiões metropolitanas favorece a articulação, interação e troca de conhecimento e experiências em diferentes áreas (MUSSI et al., 2013; BENEVIDES, BRESCIANI, SANTOS JUNIOR; 2016).

A cidade de Tabatinga embora seja um município de tríplice fronteira, longínquo com via fluvial como principal meio de acesso a capital do Estado, com população indígena que requer ações de saúde diferenciadas obteve resultados de avaliação da TP do TDO mais favoráveis que os municípios Itacoatiara e Parintins, porém menos favoráveis que Manacapuru e Tefé. Essas características impõem importantes desafios na organização do sistema local de saúde e pode ser um dos elementos que concorre para a elevada incidência de TB (64,05/100 mil hab) e baixa taxa de cura (42,86%).

A literatura tem apontado que os municípios de fronteira do Brasil têm apresentado grandes dificuldades na atenção integral à saúde de sua população devido, principalmente, à distância do centro de referência e dificuldade de planejamento de provisão das políticas de saúde, decorrente da população flutuante que utiliza o sistema e não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, o que gera dificuldades para os gestores de saúde nos municípios brasileiros (GADELHA; COSTA, 2007).

Observou-se que na categoria técnico de enfermagem, obtiveram-se as avaliações menos favoráveis das ações relacionadas à TP do TDO e as mais favoráveis na categoria enfermeiro. Este achado pode estar relacionado ao envolvimento desses profissionais de saúde nas unidades de atenção primária com as ações de controle da TB. Vários estudos mostram que tais ações são desenvolvidas principalmente pelo enfermeiro (OBLITAS et al., 2010; CALIARI; FIGUEREIDO, 2012; SOUZA et al., 2014). Provavelmente, as avaliações menos

favoráveis pelos técnicos de Enfermagem sejam reflexo do envolvimento deste profissional com o TDO.

Na Tabela 7 estão apresentadas as estimativas para média e dispersão dos domínios das ações de TP do TDO segundo município, categoria profissional e tempo de serviço. Dos 7 domínios avaliados, cinco (ações da gestão, ações da equipe de saúde, recursos para o desenvolvimento do TDO, prática do TDO e percepção sobre estratégias para melhorar o TDO) apresentaram diferença estatística significativa para média, apresentando os menores valores na avaliação dos profissionais de saúde.

Os municípios Itacoatiara e Parintins obtiveram novamente os menores valores, como identificado na avaliação geral das ações de TP do TDO.

Na variável categoria profissional, o médico e técnico de Enfermagem obtiveram diferença estatística, com os menores valores para a média. Em contrapartida, a variável tempo de serviço não apresentou diferença estatística significativa, isto é, não influenciou na avaliação dos profissionais.

Os domínios recursos e prática do TDO; os municípios Parintins e Tabatinga e o tempo de serviço > 10 anos obtiveram diferença estatística para dispersão, ou seja, contribuíram para maior variabilidade dos dados.

Tabela 7 - Estimativa dos parâmetros do modelo de regressão Beta inflacionada dos domínios das ações de TP do TDO segundo município, categoria profissional e tempo de serviço. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Parâmetros média	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
(Intercept)	1,38815	0,1043	13,3060	0,0000
Ações da gestão	-0,3157	0,1127	-2,8020	0,0052
Ações da equipe de saúde	-0,5296	0,1116	-4,7440	0,0000
Recursos para o desenvolvimento do TDO	-0,7874	0,1137	-6,9250	0,0000
Conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO	-0,0469	0,1105	-0,4240	0,6718
Prática do TDO	-0,6169	0,1187	-5,1970	0,0000
Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	-0,2458	0,1138	-2,1590	0,0000
Itacoatiara	-0,3595	0,0962	-3,7370	0,0002
Manacapuru	-0,0940	0,1013	-0,9280	0,3534
Parintins	-0,5496	0,0877	-6,2690	0,0000
Tabatinga	-0,1087	0,0928	-1,1710	0,2418
ACS	-0,1571	0,0989	-1,5880	0,1125
Médico	-0,3367	0,0723	-4,6560	0,0000
Técnico de Enfermagem	-0,4454	0,0966	-4,6110	0,0000
Parâmetros dispersão	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
Intercept	-0,7369	0,1185	-6,2170	0,0000
Ações da gestão	0,1210	0,1270	0,9530	0,3407
Ações da equipe de saúde	0,1498	0,1264	1,1850	0,2362
Recursos para o desenvolvimento do TDO	0,2737	0,1260	2,1730	0,0301
Conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO	-0,0505	0,1281	-0,3940	0,6936
Prática do TDO	0,4281	0,1244	3,4410	0,0006

Percepção sobre estratégias para melhorar o TDO	0,1454	0,1284	1,1330	0,2576
Itacoatiara	0,2121	0,1100	1,9290	0,0541
Manacapuru	-0,0109	0,1223	-0,0890	0,9291
Parintins	0,4005	0,0954	4,1970	0,0000
Tabatinga	0,3103	0,0995	3,1200	0,0019
ACS	0,1538	0,1069	1,4390	0,1504
Médico	0,0078	0,0853	0,0920	0,9268
Técnico de Enfermagem	0,2995	0,1032	2,9020	0,0038
Tempo de serviço = 6 a 10 anos	-0,1129	0,0858	-1,3160	0,1886
Tempo de serviço = > 10 anos	-0,1796	0,0898	-2,0000	0,0458
Parâmetros inflação 0	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
Intercept	-3,8918	0,2525	-15,4100	0,0000
Parâmetros inflação 1	Estimativa	DP	Estatística	p-valor
Intercept	-1,5524	0,0854	-18,1700	0,0000

AIC: 623,81

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os valores preditos das variáveis estudadas pelo modelo inflacionado estão detalhados nos Apêndices C a I.

Os achados em relação aos cinco domínios que apresentaram resultados menos favoráveis pressupõem dificuldades dos municípios para a TP do TDO, mas especificamente no que diz respeito à sua manutenção e expansão. Embora a literatura tenha destacado, o TDO como importante instrumento técnico para o controle da TB, a sua manutenção e expansão ainda é um grande desafio, uma vez que exige liderança forte e compromisso político por parte da gestão municipal das ações de controle da TB e das equipes de saúde, o que ainda não é universalmente empregado (FRIEDEN; SBARBARO, 2007).

Os municípios Itacoatiara e Parintins permanecem apresentando menores valores na avaliação das ações de TP do TDO por domínios. Nas categorias profissionais técnico de enfermagem e médico obtiveram-se os resultados de avaliação da TP do TDO menos favoráveis, provavelmente devido ao fato de serem os atores que menos participam das ações inerentes ao TDO nos municípios.

5.2 Avaliação das ações de TP do TDO dos domínios com resultados menos favoráveis versus discursos dos enfermeiros e ACS por município

5.2.1 Domínio: Recursos para o desenvolvimento do TDO

Na avaliação geral do domínio Recursos para o desenvolvimento do TDO, a “infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO” e “recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO” se destacaram apresentando valores considerados não favoráveis à manutenção e expansão do TDO (Tabela 8).

Tabela 8 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo as ações do domínio Recursos para o desenvolvimento do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Variáveis	Média	Esc Pad	DP
V13 - Acesso a materiais educativos sobre o TDO	3,69	67,22	1,50
V14 - Os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional	3,96	74,08	1,36
V15 - Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO	2,83	45,64	1,69
V16 - Recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO	3,36	59,12	1,63

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na avaliação das ações de saúde por município (Figura 8), observa-se que Manacapuru (M2), Parintins (M3), Tabatinga (M4) e Tefé (M5) ficaram próximos às respostas favoráveis em relação ao “acesso aos materiais educativos sobre o TDO (V13:2)” e “os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional (V14:2)” (circunferência de cor azul). Contrariamente, o município de Itacoatiara apresentou associação estatística significativa com as respostas não favoráveis em relação ao “acesso a materiais educativos sobre o TDO (V13:1)” e “os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional (V14:1)”.

Os municípios Manacapuru, Tabatinga e Tefé apresentaram proximidade com as respostas favoráveis em relação aos recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO (V16:2) (circunferência de cor preta). Os municípios Itacoatiara e Parintins apresentaram proximidade com as respostas não favoráveis em relação à infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO (V15:1) (circunferência de cor vermelha).

Figura 8 - Mapa Perceptual sobre recursos para o desenvolvimento do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Legenda: Variáveis ativas: V13 - Acesso aos materiais educativos sobre o TDO; V14 - Os materiais educativos norteiam/auxiliam a prática profissional; V15 - Infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO; V16 - Recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO. Variáveis passivas: Municípios: M1 – Itacoatiara; M2 – Manacapuru; M3 – Parintins; M4 – Tabatinga, M5 – Tefé.

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados não favoráveis na avaliação geral dos aspectos relacionados à “infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO” e “recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO”, tornam deficitária a manutenção e expansão do TDO nos municípios, uma vez que o processo de transferência de uma política é moldado pela disponibilidade de recursos humanos, financeiros, políticos, técnicos e sociais (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Os municípios Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé apresentaram resultados favoráveis em relação ao acesso aos materiais educativos. Na exploração discursiva, nos enunciados do enfermeiro do município de Manacapuru (Recorte n.1) e do enfermeiro de Tefé (Recorte n.2) emergem dizeres referentes à suficiência de materiais educativos.

Recorte n. 1:

(...) o básico nós temos, que são os livros do programa de atenção a tuberculose, e de controle da TB, os livros que a gente faz o acompanhamento do paciente. São oferecidos também os manuais de como são feitos os exames, de como é coletado o exame de escarro, da importância do BAAR (E2 - município de Manacapuru).

No recorte acima, observa-se que o profissional de saúde ao enunciar “o básico nós temos...” indicia que o serviço de saúde possui o mínimo de materiais para prestar assistência à pessoa com TB. Ao mesmo tempo, a mesma sequência discursiva sugere um reconhecimento da limitação do serviço ao utilizar apenas os “livros do programa...” para direcionar as suas ações referentes à TB. Os materiais educativos fazem parte da estrutura necessária para a execução das ações de controle da TB, portanto constituem-se em um canal de informação importante à TP do TDO, haja vista que por meio deles é possível potencializar a transferência de conhecimento em relação à política para os profissionais e subsidiar as atividades de educação em saúde (ÁFIO et al., 2014).

Destaca-se que 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 (SILVA, 2016).

Cabe inserir o conceito de campo discursivo como o “conjunto de formações discursivas que se encontram em relação de concorrência, em sentido amplo, e se delimitam, pois, por uma posição enunciativa em uma dada região”(MAINGUENEAU, 1990, P.116). Assim, ainda no campo discursivo relacionado aos materiais educativos, o profissional de saúde, tomando a posição de enfermeiro, no município de Tefé, enuncia:

Recorte n. 2:

Materiais assim, a meu ponto de vista ele (programa da TB) está bem equipado, entendeu? com a parte assim da TB desde que eu entrei ela (Atenção à TB) tá bem equipada, são poucos os programas que funcionam bem. Em relação a TB aqui em Tefé e aqui na unidade ela (Atenção à TB) tá bem equipada em todos os sentidos (E7 - município de Tefé).

Nesse recorte, observa-se a presença de processos parafrásticos, por meio dos quais o profissional de saúde enfatiza que as ações de controle da TB estão funcionando bem em Tefé. A repetição da palavra “equipado” indicia um esforço do sujeito para garantir a compreensão e dar ênfase a esse argumento. Portanto, entende que os materiais educativos essenciais para a TP e prática do TDO são suficientes no município.

A sequência discursiva “são poucos os programas que funcionam bem” silenciam dizeres em relação ao funcionamento dos programas voltados para o controle de outras doenças, enaltecendo a qualidade do programa de TB em relação a esses.

Na exploração discursiva dos resultados relacionados à infraestrutura emergem dizeres que se referem à falta de adequabilidade do espaço físico para atendimento à pessoa com TB;

déficit na disponibilização de medicação e dificuldades no transporte dos profissionais e pessoas adoecidas, conforme apresentado nos recortes 3 a 6 emergidos dos discursos dos sujeitos dos municípios de Itacoatiara e Parintins, onde a maioria dos profissionais apresentaram respostas não favoráveis em relação à infraestrutura adequada para assistência à pessoa com TB em TDO.

Recorte n. 3:

Ai mais instrumentos, tipo estrutura, é meio complicado (...) aqui na UBS nós não temos (...) um ambiente arejado adequado, imagina se tu fores fazer exame de BAAR numa sala dessa, a pessoa vai se contaminar. Aí o profissional vai acabar adoecendo né, tudinho, e nós não vamos poder prestar uma assistência qualificada adequada. E nós até já falamos isso para enfermeira (coordenadora municipal do PCT) que não tem condições de fazer uma sala aqui porque na verdade a unidade básica que deveria estar ofertando este exame, mas pela estrutura aqui não tem condições, no nosso ponto de vista, como profissional, né. E também seguindo o manual do ministério que ele preconiza uma sala ventilada, tudinho, com todos aqueles parâmetros. Aqui a unidade básica (...) não está adequada, nem um pouco (E1-município de Itacoatiara).

Observa-se nos dizeres presentes no Recorte n.3, um sujeito interpelado pela ideologia e por um interdiscurso, fundamentado no MS: “Aqui na UBS nós não temos (...) um ambiente arejado adequado”. Essa sequência discursiva indicia a incongruência entre as recomendações da MS e a operacionalização da política nacional de controle da TB no Brasil em relação à existência de um ambiente arejado para a atenção as pessoas com TB, que envolve a solicitação e coleta da amostra de escarro para o diagnóstico e controle da TB no município de Itacoatiara. A ventilação adequada nos ambientes onde circulam as pessoas com TB é uma forte recomendação do MS para prevenção da TB (BRASIL, 2011b).

Ainda no recorte em análise, é possível notar a presença do discurso biomédico. A sequência discursiva “a pessoa vai se contaminar” indicia, por um lado, a precariedade do local, que é vulnerável à contaminação; mas, por outro lado, (d)enuncia o medo instalado nos profissionais de saúde de se contaminarem com a TB. Conforme apresentado em recente estudo, presume-se que, no período de um ano, um indivíduo doente e bacilífero possa infectar em torno de 10 a 15 pessoas com quem mantiver contato, pois, enquanto não iniciar o tratamento, permanecerá eliminando bactérias para o meio populacional. Essas pessoas, quando infectadas, cerca de 5 a 10% desenvolvem a doença, metade delas durante os dois

primeiros anos após a infecção e a outra metade tardiamente, de acordo com as condições imunitárias do hospedeiro e a reativação do bacilo de seu estado de latência (SICSU et al., 2016). Nesse contexto, essa situação impele a urgência de cumprimento das normas relativas ao ambiente e à melhoria das condições do local de atendimento às pessoas com TB (BRASIL, 2011b), uma vez que as condições dos ambientes podem ser determinantes para a qualidade da atenção à pessoa com TB e, portanto, para a prática do TDO.

Sinaliza-se ainda um discurso queixoso: “E nós até já falamos isso para enfermeira (coordenadora municipal do PCT) (...), que não tem condições de fazer uma sala aqui”. O não ter condições para fazer “a sala”, como é descrito nas entrelinhas do recorte, deixa vestígios de que o município de Itacoatiara ainda precisa avançar em relação às condições estruturais que propiciem um ambiente adequado para realização das ações inerentes ao controle da TB e, desta forma, criar condições para a execução, manutenção e expansão do TDO.

Recorte n. 4:

Recursos? Na verdade os recursos são poucos, (...) até mesmo medicação no dia certo, ultimamente não tem (...) (ACS2 – Município de Parintins).

As marcas linguístico-discursivas “na verdade” sugere um esforço do sujeito ACS2 para reforçar e convencer sobre a escassez de recursos. O advérbio de quantidade “pouco”, nestas circunstâncias indicia a insuficiência de recursos materiais. A sequência discursiva “até mesmo medicação no dia certo, ultimamente não tem” constitui-se em uma importante denúncia que evidencia as barreiras no tratamento das pessoas com TB, pois a falta de medicação no dia certo significa a ausência de um insumo determinante para o tratamento e, portanto, para a obtenção da cura da pessoa com TB.

A não regularidade na tomada dos medicamentos pode favorecer o desenvolvimento de resistências a drogas antituberculose (BARROSO et al., 2003a; ROCHA et al., 2008). Assinala-se que compete aos serviços de saúde fornecer os meios necessários para que toda pessoa com TB seja adequadamente tratada, sem atraso e interrupções após seu início, exceto em situações específicas que justifiquem tal ação (BRASIL, 2011b), sendo a falta de medicação um entrave nos serviços que coloca em risco todos os esforços dispendidos para a manutenção e expansão do TDO e, portanto para o controle da doença.

Recorte n. 5:

(...) o tratamento diretamente observado ele ainda está muito fragmentado nesse sentido, porque ele ainda não consegue impactar tanto, ter aquele resultado 100% que nós

esperávamos devido a esses tipos de problemas né, porque o ACS, pela falta de condução dele, pela falta de transporte, pela UBS ser longe, infelizmente ele não pode estar ali fazendo o tratamento diretamente observado com o paciente (E1 - município de Itacoatiara).

Recorte n. 6:

(...) fica difícil ir daqui para lá, essa parte do transporte e da logística é meio difícil, tanto para eles quanto para nós (...). Assim, a gente faz sim o acompanhamento, mas às vezes, fica difícil para o agente de saúde, tem alguma das meninas, toda vez que não tem transporte, a Fulana não tem transporte, ela mora aqui. O Ciclano não tem transporte, ele mora lá perto do hospital, se daqui para lá é longe, do hospital para lá já é mais longe ainda (ACS1 - município de Itacoatiara).

As sequências discursivas “o tratamento diretamente observado ele ainda está muito fragmentado nesse sentido”, “ainda não consegue impactar tanto, ter aquele resultado 100% que nós esperávamos” (d)enunciam que a TP do TDO está ocorrendo sem uma estrutura básica, silenciando o não dito sobre as várias dificuldades enfrentadas para a manutenção e expansão do TDO que vão além da observação na tomada da medicação e que impedem o alcance dos objetivos almejados com a prática do TDO.

A questão do transporte tem sido levantada nos recortes 5 e 6 como um entrave à prática do TDO da pessoa com TB, como enunciado nas sequências discursivas “essa parte do transporte e da logística é meio difícil, tanto para eles quanto para nós”, “pela falta de condução dele, pela falta de transporte”. Essas sequências discursivas confirmam ainda o argumento de que o processo de TP do TDO em Itacoatiara apresenta dificuldades em sua fase de manutenção e expansão.

A prática do TDO no município de Itacoatiara caracteriza-se por ser realizada no domicílio da pessoa com TB. Diante disso, entende-se que a falta de transporte dificulta o deslocamento dos profissionais à residência dessas pessoas. Destaca-se que a realização do TDO no domicílio exige uma estrutura mínima (meios de locomoção ao local e profissional de saúde supervisor), sendo que a insuficiência de recursos humanos para realizar o TDO influencia negativamente no desempenho do serviço (GONZALES et al., 2008a; GONZALES et al., 2008b).

Uma possível alternativa para a falta de transporte para os profissionais de saúde seria a realização do TDO na unidade de saúde, contudo entende-se também a inviabilidade dessa modalidade de supervisão, pois o município de Itacoatiara possui um percentual de pobreza

acima de 35%, o que reflete nas dificuldades de grande parte da população em relação ao acesso de bens e dependência dos aparatos públicos, neste caso o transporte (IPC-IG, 2016). Assim, o setor público ou APS constituem-se em elementos importantes na promoção dos aspectos da justiça social no campo da saúde.

Ressalta-se que a infraestrutura tem sido apontada como importante característica para um bom desempenho dos serviços ofertados na APS (STARFIELD, 2002). Dessa forma, a literatura destaca a necessidade dos serviços de saúde possuírem estrutura organizacional adequada e suficiente para o desenvolvimento das atividades de controle da TB resultantes do trabalho coordenado entre pessoas, tecnologias e recursos (CUNHA et al., 2015). Esse aspecto é essencial à TP do TDO, principalmente para sua manutenção e expansão. Boas condições estruturais proporcionam maiores chances para a execução de um processo de trabalho adequado e, conseqüentemente, a obtenção de resultados satisfatórios (CARDOSO et al., 2012).

Outro elemento importante para a TP do TDO diz respeito à disponibilidade de recursos humanos. Contudo, os “recursos humanos suficientes para a supervisão do TDO” apresentou respostas não favoráveis pela maioria dos profissionais de saúde dos municípios Itacoatiara e Parintins. Em contrapartida, os municípios Manacapuru, Tabatinga e Tefé apresentaram respostas favoráveis. Assim, os recortes discursivos selecionados inscrevem-se em formações discursivas díspares, algumas enfocando a escassez de recursos humanos (recorte 7 e 8), enquanto em outras a suficiência do mesmo (recorte 9 e 10)

Recorte n. 7:

Olha, sobre recursos humanos nós temos né, que é o ACS (E1) (...) só que por essas condicionalidades, falta de recursos humanos, questão de logísticas, infelizmente nós não podemos fazer de uma maneira eficaz, ele existe (TDO), mas ainda é de uma maneira fragmentada (...) (E1 - município de Itacoatiara).

Recorte n. 8:

Os recursos humanos não são suficientes, acho que deveria melhorar nessa questão de recursos humanos, materiais também, vem poucos materiais para unidade (E3 - município de Parintins).

As marcas linguístico-discursivas: “falta de recursos humanos” e “os recursos humanos não são suficientes” denunciam a insuficiência de um componente essencial à TP do TDO nesses municípios, uma vez que a falta de recursos humanos indicia a inviabilidade da

execução, manutenção e expansão do TDO. Quando não inviabiliza, ele é executado de forma insuficiente para obter os resultados esperados no tratamento da pessoa com TB (adesão, regularidade da tomada dos medicamentos e aumento das chances de cura da doença). Esses enunciados produzem sentido da dificuldade dos serviços de saúde na prática do TDO.

A sequência discursiva “recursos humanos nós temos né, que é o ACS” reverbera duplo efeito de sentido. Por um lado, indicia que o ACS é o único profissional que a unidade pode contar para realizar o TDO. Por outro lado, indicia o protagonismo do ACS nas ações relacionadas ao TDO no município, que leva o sujeito enfermeiro a acreditar que a presença do ACS é um recurso humano relevante para realização das ações de supervisão do tratamento da TB.

Entretanto, na continuidade do discurso, o sujeito se contradiz ao enunciar “só que por (...) falta de recursos humanos (...) nós não podemos fazer de uma maneira eficaz, ele existe, mas ainda é de uma maneira fragmentada”. Essa contradição instiga a pensar que a falta de ACS e de outros profissionais de saúde prejudica a prática do TDO. No caso do ACS, por ele ter uma forte participação nas atividades do TDO devido à sua vinculação a comunidade e às famílias (COSTA et al., 2013), enquanto no caso dos demais profissionais de saúde a importância não necessariamente reside na participação deles na execução do TDO e sim na realização das outras atividades inerentes à unidade de atenção primária, permitindo que os responsáveis pelo TDO possam realizar a referida ação.

A literatura revela que a existência de recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente, além de melhorar os serviços, também aumenta a oferta dos mesmos (MONROE et al., 2008).

Observa-se ainda o sentido circulante das dificuldades enfrentadas para a manutenção e expansão do TDO como indiciado pelo significante “fragmentada”.

Recorte n. 9:

Hoje os recursos humanos estão o que é previsto, e nós temos uma equipe bastante grande. Hoje, não temos áreas descobertas no bairro, em todas as áreas nós temos agentes comunitários de saúde responsáveis né, não fica nenhuma área do Tancredo Neves descoberta, dá para gente fazer o acompanhamento, não tá faltando recursos humanos (...) o que interfere muito é muitas comunidades, bairros próximos que não fazem parte, que não têm unidade de saúde ainda, eles acabam vindo para atendimento na nossa UBS, já não dá para fazer a questão do acompanhamento diretamente observado, porque foge da área de abrangência dos nossos agentes comunitários de saúde (...) (E5 - município de Tabatinga).

Os discursos do sujeito E5 do município de Tabatinga focalizam a regionalização, um dos princípios organizativos do SUS, como delimitador para indicar a suficiência de recursos humanos e a realização do TDO, como enunciado nas sequências discursivas “os recursos humanos estão o que é previsto”; “não temos áreas descobertas no bairro”; “não fica nenhuma área do Tancredo Neves descoberta”. As sequências discursivas “bairros próximos que não fazem parte, que não têm unidade de saúde ainda”; “acabam vindo para atendimento na nossa UBS” (d)enunciam a falta de acesso aos serviços pela população de comunidades vizinhas e a insuficiência de unidades de saúde para um atendimento à população que não tem nenhuma unidade de saúde de referência (áreas descobertas pela ESF).

Observa-se assim uma visão delimitada instituída pelo interdiscurso da política de territorialização da APS. Contudo é necessário ir além da visão de território como delimitador da atuação dos serviços. O território não é fragmento, mas a totalidade das relações sociais (SANTOS, 1996). Os limites territoriais existem somente para direcionar o fluxo dos usuários do SUS e não para impedi-los e assim, devem agregar e não dividir ou separar (FARIA, 2013).

As sequências discursivas “que não fazem parte, que não tem unidade de saúde ainda”; “não dá para fazer a questão do acompanhamento diretamente observado” indiciam novamente dificuldade na TP do TDO, principalmente no que diz respeito a sua execução nas populações descobertas, deixando possivelmente à margem aquelas pessoas que mais necessitam. Assim, as mesmas sequências discursivas indiciam uma dupla condição dos sujeitos no SUS para o acesso ao TDO. Por um lado, ocorre uma inclusão devido à pessoa com TB fazer parte de um território delimitado. Por outro lado, identifica-se uma exclusão devido à população não ter unidade de referência. Essa é uma das consequências do modelo territorial da APS, que no caso da TB cria os elementos simbólicos e reais para a permanência da doença e que o TDO, como força constituída não oferece elementos suficientes para romper com essas barreiras. Assim, questiona-se: a criação de limites territoriais seria uma prática condizente aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS?

As desigualdades de acesso às ações de saúde acabam constituindo-se em reflexo da reprodução social das desigualdades no micro espaço, pois o atendimento a ser dado ao sujeito acaba sendo derivado do lugar onde cada indivíduo se encontra; no entanto, independente das realidades territoriais, deve ser assegurado o acesso à saúde (SANTOS, 2007b), conforme previsto pelos princípios doutrinários e operacionais do SUS.

Compreende-se que incluir os problemas de saúde nas dimensões da totalidade da reprodução social e não somente na área biológica e psicológica é condição *sine qua non* para

a definição e implantação de políticas públicas, sendo importante para universalidade do acesso a oferta de serviços o mais próximo possível dos indivíduos. Destaca-se que a falta de cobertura e acesso aos serviços de controle da TB têm sido descrita pela literatura como um problema que pode contribuir para o insucesso do tratamento da doença (DANGISSO; DATIKO; LINDTJORN, 2015).

Recorte n. 10:

Bom, no caso dos recursos humanos eu creio que assim está bem equipado, tem o médico, tem o enfermeiro, tem o ACS, tem o técnico, tem o auxiliar que também ajuda né, então em questão de recursos humanos, assim a meu ponto de vista tá bem, tá funcionando bem, entendeu? (E7 - município de Tefé).

As sequências discursivas do enfermeiro do município de Tefé “recursos humanos (...) está bem equipado, tem o médico, tem o enfermeiro, tem o ACS, tem o técnico, tem o auxiliar”; “tá bem, tá funcionando bem” também enunciam a suficiência de recursos humanos, sugerindo que os serviços de saúde, ao nível do município de Tefé estão bem organizados; no entanto, estes dizeres se distanciam da realidade de outros municípios do Amazonas, evidenciando a diversificação da estrutura dos serviços de saúde dentro do estado do Amazonas.

Identificou-se, por meio dos resultados quantitativos, a necessidade de melhorar elementos importantes para o sucesso da TP do TDO em relação à sua manutenção e expansão, principalmente nos municípios Itacoatiara e Parintins, por terem apresentado respostas não favoráveis em relação à infraestrutura adequada e recursos humanos suficientes. Assim, o discurso dos enfermeiros e ACS produziram vários sentidos; uns focalizaram a suficiência de materiais educativos, com o reconhecimento do profissional referente ao uso somente dos livros do programa, outros elevam a qualidade do programa de TB em relação aos demais programas da APS. Os dizeres relacionados à infraestrutura são permeados de sentidos da não adequabilidade do espaço físico, déficit de medicação e dificuldades no transporte do serviço de saúde. Referente à disponibilidade de recursos humanos, os dizeres remetem a regionalização da assistência, desigualdade de acesso e a complexidade que permeia a prática do TDO.

5.2.2 Domínio: Prática do TDO pelos profissionais de saúde

Na avaliação geral do domínio Prática do TDO, as ações “adaptação do TDO à área de abrangência da unidade” e “O TDO é trabalhado de forma multiprofissional” e “Planejamento do cuidado para pessoa com TB em TDO” apresentaram avaliações favoráveis à manutenção e expansão do TDO. Enquanto que a “participação da pessoa com TB no plano de cuidado” e “autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO” foram as ações avaliadas como não favoráveis (Tabela 9).

Tabela 9 - Média e escores padronizados das respostas dos participantes segundo prática do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Variáveis	Média	Esc Pad	DP
V26 - O TDO é trabalhado de forma multiprofissional	4,07	76,81	1,44
V27 - Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO	3,80	70,07	1,58
V28 - Adaptação do TDO à área de abrangência da unidade	4,30	82,61	1,32
V29 - Participação da pessoa com TB no plano de cuidado	3,08	52,10	1,71
V30 - Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO	2,86	46,40	1,81

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na avaliação das ações de saúde por município, observa-se que todos ficaram próximos das respostas favoráveis em relação “o TDO é trabalhado de forma multiprofissional (V26:2)”; “planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO (V27:2)” e “adaptação do TDO à área de abrangência da unidade (V28:2)” (circunferência de cor azul).

Os municípios Itacoatiara (M1), Parintins (M3) e Tefé (M5) ficaram próximos às respostas não favoráveis em relação à autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO (V30:1) (circunferência de cor vermelha) (Figura 9).

Figura 9 - Mapa Perceptual da prática do TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Legenda: Variáveis ativas: V26 - O TDO é trabalhado de forma multiprofissional; V27 - Planejamento do cuidado para a pessoa com TB em TDO; V28 - Adaptação do TDO à área de abrangência da unidade; V29 - Participação da pessoa com TB no plano de cuidado; V30 - Autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO. Variáveis passivas: Municípios: M1 – Itacoatiara; M2 – Manacapuru; M3 – Parintins; M4 – Tabatinga, M5 – Tefé.

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados não favoráveis na avaliação geral em relação à “participação da pessoa com TB no plano de cuidado” e “autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO” podem comprometer a prática do TDO, uma vez que a inclusão da pessoa no planejamento do seu processo de tratamento e o estímulo à sua autonomia são ações importantes de valorização do sujeito, que promovem maior incentivo para aceitação e desenvolvimento das orientações dos profissionais de saúde relacionadas ao tratamento da doença. Ainda, não promover a inclusão e a autonomia da pessoa com TB no seu processo de tratamento vai de encontro ao primeiro pilar da estratégia End TB, “cuidado centrado no paciente”.

Os municípios Manacapuru e Tabatinga apresentaram respostas favoráveis em relação à autonomia da pessoa com TB para realizar o TDO. Na análise qualitativa, o enunciado do enfermeiro do município de Tabatinga insere-se em uma formação discursiva que focaliza a autonomia da pessoa com TB em relação à escolha da modalidade de tratamento.

Recorte n. 11:

(...) é opção do paciente fazer ou não (o TDO), é só da adesão mesmo do paciente, da necessidade do paciente, se ele (paciente) vê a possibilidade dele fazer o acompanhamento, que na rotina dele, ele vai estar em casa logo pela manhã, (...) (E5 – município de Tabatinga).

A sequência discursiva “é opção do paciente fazer ou não, é só da adesão mesmo do paciente, da necessidade do paciente” indicia a inclusão da pessoa adoecida no processo de escolha da modalidade de tratamento. O estímulo da autonomia da pessoa adoecida tem sido apontado como benéfico. Para isso acontecer é importante que se estabeleça uma relação de vínculo e confiança entre as pessoas adoecidas e os profissionais, em que o primeiro é protagonista do processo de cuidado e tem plena autonomia em suas decisões (BRUNELLO, et al., 2009). Cabe à equipe motivar, informar, negociar e levar em conta as dificuldades e prioridades da pessoa adoecida (BRASIL, 2011a).

Em estudo anterior realizado por Surniche (2015), a modalidade de tratamento foi negociada entre profissional e a pessoa adoecida, de forma que o mesmo passava no serviço de saúde antes de ir para o trabalho, em horário combinado com o profissional para não atrapalhar as atividades de ambos, o que deixou a pessoa com TB satisfeita e contribuiu para a conclusão de seu tratamento. Outro estudo revelou o desejo das pessoas com TB em ter a oportunidade de escolher o tipo de tratamento a ser realizado (CRUZ et al., 2012).

Independentemente do TDO ser uma política com normas a serem seguidas, é necessário que os profissionais desenvolvam uma postura de escuta e compromisso, de forma a minimizar os entraves no processo de tratamento da pessoa com TB, respeitando a sua dignidade e autonomia (BRASIL, 2011a).

A literatura ressalta que uma política cuja motivação é coerciva está mais sujeita ao fracasso do que quando a política é recebida voluntariamente (OGDEN; WALT; LUSH, 2003; CLIFF; WALT; NHATAVE, 2004). Uma vez que a forma de transferência, seja ela coerciva ou voluntária, irá produzir um efeito na motivação do paciente para aceitação ou não de determinada política.

A “adaptação do TDO à área de abrangência da unidade” obteve respostas favoráveis pela maioria dos profissionais de saúde em todos os municípios. Nos discursos do ACS do município de Tabatinga (Recorte 12) e do enfermeiro do município de Itacoatiara (Recorte 13) emergem dizeres que, embora ditos de forma diferente, possuem a mesma matriz de sentido.

Recorte n. 12:

Eu penso assim, que a gente deve agir de acordo com a necessidade da localidade, não é porque eu aprendi lá que tem que ser assim, como está no papel, não adianta, vai ser esforço jogado fora (ACS3 – município de Tabatinga).

Observa-se no recorte 12 que as condições de produção amplas que permeiam a função do ACS, como profissional de saúde com maior aproximação do contexto da pessoa adoecida, o impelem a enunciar seu convencimento de que uma política não adaptada à realidade não funciona. As metáforas, entendida na AD como uma substituição contextual (ORLANDI, 2015), “lá” e “papel” são utilizadas pelo sujeito ACS3 para representar as normas instituídas pelo MS, refletindo a formação ideológica em que está agregado. Apesar do MS instituir normas, o sujeito ACS3 faz uso novamente de uma linguagem metafórica “esforço jogado fora” que indicia a impossibilidade da execução de uma política, estratégia ou ação, caso estas não levem em consideração as especificidades locais. As políticas que permitem espaço para a adaptação são mais prováveis de serem aceitas do que as políticas que são totalmente planejadas sem considerar as características contextuais, sendo importante o conhecimento dos locais onde a política será aplicada (SCHNEIDER et al., 2006).

Bissel, Lee e Freeman (2011) apontam que aspectos do contexto, ou seja, as condições amplas, como o sistema de saúde, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais ou tecnológicos, podem influenciar no processo de transferência de uma política e devem ser considerados, enquanto um componente importante, pelos tomadores de decisões.

Embora o discurso anterior indicie a necessidade de adaptação do TDO à realidade, esse processo é permeado por complexidades decorrentes da disponibilidade de recursos, conforme enunciando no seguinte discurso:

Recorte n. 13:

Tão adaptando a questão do Tratamento Diretamente Observado a nossa realidade aqui, que é muito difícil, uma por questão de logística, outra por questão de outros tipos de recursos, como a coordenadora falou para gente que a partir dessa capacitação é que nós vamos poder realmente implantar de uma maneira eficaz esse tratamento (TDO) aqui (E1 – município de Itacoatiara).

O verbo no gerúndio “adaptando” pode indicar uma ação não finalizada, isto é, em andamento, o que instiga a pensar que o TDO ainda está em processo de adaptação à realidade local. As marcas linguístico-discursivas “é muito difícil, uma por questão de logística, outra

por questão de outros tipos de recursos” reverbera sentido da dificuldade que o sujeito presencia para realizar o TDO.

Observa-se nas entrelinhas do recorte acima que, para o sujeito profissional de saúde, o TDO ainda não está implantado de uma forma efetiva no município, sendo a capacitação um dos pontos de partida para isso. As marcas linguístico-discursivas “nós vamos poder realmente implantar de uma maneira eficaz” dão pistas de que o profissional de saúde reconhece a importância de uma estrutura suficiente para o desenvolvimento e efetividade do TDO. Como já abordado, a falta de condições estruturais, as quais vão desde a logística até a disponibilidade de materiais, pode dificultar a TP do TDO e, portanto, a sua capacidade de contribuição para o controle da TB.

O TDO trabalhado de forma multiprofissional foi um aspecto avaliado positivamente em todos os municípios. Na exploração qualitativa, os discursos dos enfermeiros dos municípios de Parintins (Recorte 14 e 15), Tefé (Recorte 16) e Tabatinga (Recorte 17) inscrevem-se em uma formação discursiva voltada ao trabalho coletivo produzido pelos profissionais envolvidos com as ações de controle da TB nas unidades de atenção primária para a manutenção do TDO.

Recorte n. 14:

Então aqui, a gente tem uma equipe multidisciplinar mesmo, entendeu?... Então, por exemplo, quando o paciente ele se recusa a tomada das medicações, a gente leva a assistente social, leva a médica, entendeu, a gente chama toda família e orienta os benefícios da tomada da medicação dele e das complicações que ele pode ter se ele não continuar o tratamento (E3 – município de Parintins).

Recorte n. 15:

Geralmente a gente faz reuniões para discutir realmente o que está acontecendo, porque cada um tem uma visão, então a gente senta, geralmente a gente tem reunião semanal, discussão geral do posto e a gente frisa essas questões, o que o ACS acha, como que ele acha, será se o paciente realmente estar correspondendo, geralmente a gente reúne aquela equipe, que é enfermeiro, médico e o agente comunitário, para saber se ele está realmente tomando a medicação, como o paciente está, ele tem dificuldade, se ele tem resistência, então a gente discute, estabelece metas, se esse paciente está tomando direitinho, ótimo, a gente continua nessa linha de raciocínio, se não a gente estabelece metas de como convencer esse paciente da importância de ele tomar a medicação todos os dias (E4 – município de Parintins).

Recorte n. 16:

Ele é realizado né, com o médico, com os enfermeiros, com os ACS e os técnicos. Aí quando, digamos assim, quando tem algum paciente na área, (...) o ACS vai na casa todos os dias, entendeu, fica comigo o medicamento e todo dia de manhã cedo, ela entrega na hora. É assim que funciona, entendeu, aqui na unidade. E... é claro que o meu paciente, ele vem né, porque ele tem a consulta dele mensal comigo, com o médico e com a enfermeira, todo mês no caso, ele vem (E7 – município de Tefé).

Recorte n. 17:

(...) ele (TDO) fica na responsabilidade dos profissionais fazerem o acompanhamento, tanto o tratamento diretamente observado pelo agente comunitário que ele leva diariamente a medicação para os pacientes. (...) O ACS hoje é o vínculo maior que nós temos com os pacientes, fora as consultas agendadas de retorno para reavaliação e o controle de enfermagem e médica na unidade (E5 – município de Tabatinga)

A sequência discursiva presente no recorte 14 “quando o paciente ele se recusa a tomada das medicações, a gente leva a assistente social, leva a médica, entendeu, a gente chama toda família” enuncia o envolvimento dos profissionais com as ações de controle da TB em situações complexas, embora não há pistas de uma interação entre médico, enfermeiro e ACS, além de outros profissionais que também fazem parte da equipe da ESF. Nesse aspecto, é necessário avançar para o envolvimento de todos profissionais com as ações de controle da TB nas unidades de atenção primária.

Destaca-se que, no âmbito da APS, o trabalho em equipe de forma integrada é uma das prerrogativas mais importantes para o sucesso das ações voltadas para a saúde da população, não sendo diferente em relação às ações de controle da TB. A literatura tem reconhecido o trabalho em equipe como importante ferramenta no processo de trabalho em saúde, capaz de aumentar a eficácia e eficiência dos serviços de saúde (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI et al., 2011).

Cumprе reforçar que, no nível micropolítico, os profissionais de saúde são atores importantes para viabilizar o processo de TP do TDO, sendo de suma importância para a efetivação das ações de controle da TB, as funções e ações desempenhadas por cada um desses profissionais de forma articulada (GARCIA, 2001; SOUZA, 2009; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

As marcas linguístico-discursivas “a gente chama toda família” sugerem a inclusão da família, além dos profissionais de saúde no processo de tratamento da pessoa com TB; contudo, a repetição do pronome na terceira pessoa “ele” denota uma imposição de retomada do TDO pela pessoa com TB perante os malefícios que acarreta a não tomada da medicação. A instauração de vínculos entre equipe da ESF, usuários, família e comunidade é vista como um mecanismo terapêutico e um dos mais oportunos instrumentos para qualificar a assistência à saúde (NOGUEIRA et al., 2012), não sendo diferente em relação à prática do TDO.

Os dizeres presentes nos discursos dos enfermeiros dos municípios de Parintins (Recortes 14 e 15) sinalizam as várias posições dos envolvidos com a prática do TDO. O sujeito E3 (Recorte 14) enuncia que, perante as dificuldades na prática do TDO, o ACS compartilha a situação na unidade de saúde, mobilizando alguns profissionais diretamente envolvidos com as ações de controle da TB. O sujeito E4 (Recorte 15), por sua vez, enuncia a sua ação em promover o envolvimento de todos os profissionais da unidade de saúde, visando uma discussão coletiva voltada para a definição de estratégias de ação.

Para atender às necessidades ligadas à problemática da TB é necessário o envolvimento de todos os atores inseridos no contexto do controle da TB, por meio da organização de trabalho em rede e do compartilhamento de responsabilidades (SÁ et al., 2011). Tal ação tem sido compreendida como importante não só na criação de vínculos entre os profissionais e na solidificação da equipe, mas também na criação do vínculo com a pessoa adoecida, elemento importantíssimo no processo do tratamento da TB.

Ainda em relação ao recorte 15, as sequências discursivas “se ele está realmente tomando a medicação, como o paciente está, ele tem dificuldade, se ele tem resistência” indiciam o compartilhamento de pontos importantes no processo de tratamento durante as reuniões. Cabe destacar não somente a importância das orientações quanto ao benefício do tratamento ou suas complicações, mas também a importância dos profissionais de saúde compreenderem os motivos pelos quais as pessoas com TB estão apresentando resistência ao tratamento, para que a partir disso possam pensar em mecanismos que atendam a dificuldade da pessoa com TB.

As sequências discursivas “fica comigo o medicamento e todo dia de manhã cedo, ela entrega na hora” (recorte 16) e “controle de enfermagem” (recorte 17) sugerem uma postura inconsciente do profissional enfermeiro em cumprir rigorosamente com as atribuições designadas pelo MS à sua função (BRASIL, 2011a). Destaca-se que a marca linguística “controle”, nas condições de produção em que foi enunciada, se pauta na terminologia do MS, que a utiliza fortemente como sinônimo de consulta de Enfermagem. Contudo, em outras

condições de produção, a familiaridade do uso do termo pode silenciar uma percepção autoritária e disciplinar do enfermeiro em relação ao ACS.

As sequências discursivas "o que o ACS acha, como que ele acha, será se o paciente realmente tá correspondendo" (Recorte 15), "o ACS vai na casa todos os dias," (Recorte 16) "tanto o tratamento diretamente observado pelo agente comunitário"(Recorte 17) sinalizam o forte envolvimento do ACS com a prática do TDO. A literatura tem apontado o forte protagonismo do ACS com as ações na comunidade (SANTOS et al., 2011; COSTA et al., 2013;) e com o TDO (SOUZA et al., 2014).

Por meio dos resultados quantitativos, verificou-se a necessidade de estimular a autonomia da pessoa adoecida e considerá-la no seu processo de tratamento, principalmente nos municípios de Itacoatiara, Parintins e Tefé. Os discursos dos enfermeiros e ACS produziram sentido da necessidade de garantir a autonomia da pessoa adoecida com estratégias que focalizem a sua individualidade; da necessidade e dificuldade de adaptação do TDO à realidade local; do trabalho coletivo produzido pelos profissionais envolvidos; do protagonismo do ACS; do envolvimento dos profissionais de saúde em situações complexas e das várias posições dos envolvidos com a prática do TDO.

5.2.3 Domínio: Ações da equipe de saúde para a manutenção e expansão do TDO na APS

Na avaliação geral do domínio Ações da equipe de saúde, a percepção das dificuldades da pessoa com TB em TDO pelos profissionais de saúde e a discussão do TDO entre a equipe apresentaram avaliações favoráveis à manutenção e expansão do TDO. Contudo, a "utilização de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO" e "a unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO" apresentaram avaliações não favoráveis (Tabela 10).

Tabela 10 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo as ações da equipe de saúde. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Variáveis	Média	Esc Pad	DP
V8 - A equipe utiliza recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO	2,67	41,86	1,80
V9 - A unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO	3,14	53,38	1,80
V10 -Equipe discute o TDO	4,25	81,20	1,27
V11 - Equipe discute casos clínicos das pessoas com TB em TDO	3,91	72,78	1,54
V12 - A equipe percebe as dificuldades das pessoas com TB em TDO	4,29	82,25	1,31

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na avaliação das ações de saúde por município, observa-se que todos ficaram próximos às respostas favoráveis em relação à discussão sobre o TDO (V10:2), a discussão sobre casos clínicos da pessoa com TB em TDO (V11:2) e a percepção das dificuldades das pessoas com TB em TDO (V12:2) (circunferência de cor azul). Os municípios de Itacoatiara (M1) e Parintins (M3) apresentaram proximidade com as respostas não favoráveis em relação à utilização pela equipe de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO (V8:1) e a presença de estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO (V9:1) (circunferência de cor vermelha).

Figura 10 - Mapa Perceptual das Ações da equipe de saúde para a manutenção e expansão do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Legenda: Variáveis ativas: V8 - A equipe utiliza recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO; V9 - Unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO; V10 - Equipe discute o TDO; V11 - Equipe discute casos clínicos de pessoas com TB em TDO; V12 - A equipe percebe as dificuldades das pessoas com TB em TDO. Variáveis passivas: Municípios: M1 - Itacoatiara; M2 - Manacapuru; M3 - Parintins; M4 - Tabatinga, M5 - Tefé.

Notas: Opções de resposta: 1. Resposta não favorável; 2. Resposta favorável

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados não favoráveis na avaliação geral em relação à utilização de recursos comunitários para apoiar a adesão ao TDO e a unidade de saúde possuir estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO apontam para as dificuldades que o serviço tem em utilizar a rede de apoio social à comunidade e inovar a prática do TDO, principalmente em Itacoatiara e Parintins.

Ao considerar os recursos comunitários como grupos de apoio, autoajuda, igreja, associação de moradores, etc., a equipe de saúde insere em sua prática, recursos que

contribuem para uma assistência diferenciada à pessoa com TB. Resultado semelhante tem sido identificado em estudo realizado no município de João Pessoa (PB), o qual revelou ausência de parcerias com a comunidade visando o empoderamento da pessoa com TB (SÁ et al., 2013). Para os autores, essa realidade pode significar um ponto importante a ser trabalhado para o aprimoramento das ações de controle da doença

A ação de promover a adesão é fundamental para o sucesso do tratamento e cura da TB (WHO, 2016). Esse aspecto tem permanecido como importante elemento transversal nas políticas de controle da TB ao longo dos anos (RUFFINO-NETTO, 2002; SOUZA et al., 2009; VIEIRA; RIBEIRO, 2011). Nesse contexto, as equipes de saúde devem promover estratégias de adesão, uma vez que a ausência ou a baixa adesão ao tratamento resulta em aumento do sofrimento, mortalidade e multirresistência (BARROSO et al., 2003b; DISTEFANO; SCHMIDT, 2016).

A proximidade dos municípios com as respostas favoráveis das ações referentes à discussão sobre o TDO e discussão sobre casos clínicos de pessoas com TB em TDO alicerça-se nos achados presentes nos recortes 18 a 22. Estes se constituem num campo discursivo que coopera para o entendimento de como ocorre a discussão sobre o TDO entre a equipe de saúde.

Recorte n. 18:

Olha, geralmente nós fazemos reunião dia de segunda-feira, toda segunda-feira nós fazemos. Aí, quando tem essas notificações, eu sempre passo as orientações para eles, só que até eu mesma, sinto dificuldade, em ter assim...a questão assim, de programar um tempo só para discutir essa área assim, do programa TB porque são tantos os programas que nós fazemos, né, a equipe fica tão sobrecarregada com tanta coisa ao mesmo tempo, que a gente na verdade acaba esquecendo um pouco do programa TB. (...) é tanta meta que tinha que alcançar, tudinho, problema de saúde da mulher, vacinação e por eles serem um número (...) menor, eu não estava dando tanta importância (E1 – município de Itacoatiara).

Face ao exposto, observa-se que a posição-sujeito E1, enquanto relação de identificação entre o sujeito enunciador e o sujeito do saber (PÊCHEUX, 2009), embora enuncia espaços de diálogo para abordar aspectos relacionados à prática do TDO, o sujeito é afetado, em seu interdiscurso, pelas condições de produção epidemiológicas existentes e pelos sentidos circulantes que focalizam a discussão e priorização de ações de outros programas, como indiciado pelos seguintes dizeres: “sinto dificuldade (...) de programar um tempo só

para discutir essa área (...) do programa da TB”; “a gente na verdade acaba esquecendo um pouco do programa TB”; “por eles serem um número (...) menor, eu não estava dando tanta importância”.

Os significantes “a gente...” “a equipe” produzem sentido do posicionamento do profissional representando o coletivo, neste caso a equipe de saúde, o que instiga a pensar que não seria apenas o enfermeiro que não estaria priorizando as ações de saúde relacionadas ao programa da TB e estaria sobrecarregado com as demandas da APS. Por outro lado, logo em sequência, o enfermeiro diz “eu”, se posicionando como sujeito individual e, com isso, toma a responsabilidade da não priorização das ações de controle da TB para si. Independentemente da posição assumida pelo sujeito, individual ou coletiva, o discurso sinaliza a introjeção do sujeito da responsabilidade pelas ações de controle da TB na unidade e comunidade e contempla a complexidade de funções requeridas do profissional de saúde na APS como fator impeditivo para a discussão coletiva centrada na prática do TDO.

A literatura aponta que o enfermeiro é um dos principais responsáveis pelas ações de controle da TB na APS (OBLITAS et al., 2010; CALIARI; FIGUEREIDO, 2012; SOUZA et al., 2014). Ainda, este profissional é responsável por outras funções inerentes ao processo de trabalho nas unidades da atenção primária. Cabe destacar que, no geral, os profissionais que atuam na APS vivenciam múltiplos problemas, inclusive a sobrecarga de trabalho (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; SILVA; TRAD, 2005; GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016), corroborando com enunciado do sujeito do estudo (Recorte 17).

O exposto traz à tona a imperiosa necessidade de repensar a realização das ações de controle da TB na APS, de forma a cumprir os desafios assumidos na atual política de controle da TB “End TB”, uma vez que se reconhece o importante papel da APS na prevenção, promoção e resolubilidade da maioria dos problemas da população. Emerge o questionamento de como agir para manter e expandir o TDO diante da dificuldade explícita nos dizeres “são tantos os programas que nós fazemos”; “tanta meta que tinha que alcançar”; “problema de saúde da mulher, vacinação”. Ainda, o signifiante “problema” sinaliza a marca do modelo de atenção pautado em programas verticais, direcionados para as doenças agudas ou para a agudização das doenças crônicas, à medida que os programas são vistos como forma de resolver problemas e não de atuar de forma a preveni-los, portanto, a controlá-los contemplando o contexto social, familiar e individual das pessoas adoecidas.

Nesse sentido, as inúmeras funções requeridas do profissional da APS devem ser pauta de discussão dos gestores do sistema local de saúde e da política de educação permanente de forma a rever as prioridades de saúde nos municípios e se estas respondem às suas

necessidades. Dessa forma, o Planejamento Estratégico Situacional constitui-se em importante ferramenta para a efetividade das ações de controle da TB, uma vez que privilegia a realidade da comunidade como ponto de partida para a organização do processo de trabalho, considerando a participação ativa dos atores sociais (TEXEIRA, 2010).

Ainda, o discurso no recorte 19 indicia a falta de participação do profissional de saúde médico, nas discussões coletivas relacionadas ao TDO.

Recorte n. 19:

A gente conversa só com o nosso enfermeiro, a gente sempre conversa com ele. Com a equipe toda é até difícil porque ultimamente os médicos passam dois a três meses na unidade, depois viajavam e não voltava mais, aí vem outro médico. Tínhamos que informar novamente os médicos que chegavam para poder ele ficar por dentro. Ai então, por isso que seria mais entre o enfermeiro, o ACS e o técnico (ACS2 – município de Parintins).

As sequências discursivas “a gente conversa só com o nosso enfermeiro”; “com a equipe toda é até difícil porque ultimamente os médicos passam dois a três meses na unidade, depois viajavam” e “por isso que seria mais entre o enfermeiro, o ACS e o técnico” sugerem que as ações direcionadas à pessoa com TB são de responsabilidade da equipe de enfermagem e a conversa sobre as ações inerentes ao TDO ocorre em sua maioria apenas com os três profissionais (enfermeiro, ACS e técnico de enfermagem). O discurso (d)enuncia a ausência da equipe e logo se destaca a figura do médico, provavelmente pelo reconhecimento das atribuições e da relevância deste profissional nas ações de controle da TB.

O médico é o profissional que diagnostica a doença e realiza a alta da pessoa curada. Assim, a baixa participação dele indicia por um lado a dificuldade dos serviços de saúde em coordenar os recursos humanos e, por outro, sugere a falta de corresponsabilidade desse profissional com as ações de TB. Contrariamente à participação do médico, o significante “nosso enfermeiro” indicia o protagonismo do enfermeiro no gerenciamento das informações relacionadas ao acompanhamento da pessoa com TB em TDO, corroborando com estudos anteriores (OBLITAS et al., 2010; CALIARI; FIGUEREIDO, 2012; SOUZA et al., 2014).

As discussões sobre o TDO devem envolver toda a equipe de saúde, ainda que o ACS seja designado como responsável pelo TDO. A ausência ou pouca participação do profissional médico nas ações de controle da TB pode interferir de forma negativa na prática, manutenção e expansão do TDO, sugerindo para isso maior mobilização e conscientização desses

profissionais. A baixa participação da figura médica indicia de certa forma uma visão subjetiva da medicalização nas ações do TDO (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

O sujeito ACS2, interpelado pela ideologia existente, (d)enuncia “*não voltava mais, aí vem outro médico*”. Esses dizeres remetem à grande rotatividade dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, no estado do Amazonas. Essa rotatividade se dá em grande parte pela dificuldade de acesso da maioria dos municípios interioranos à capital, onde há melhores condições de vida e melhores ferramentas para aperfeiçoamento e desempenho de suas competências; assim, na maioria das vezes, os médicos que se direcionam para o interior do Estado são recém-formados ou são médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos lançado e aprovado pelo Governo Federal em 2013 (Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013), cuja finalidade é ampliar o número de médicos nas regiões com maior vulnerabilidade (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

A alta rotatividade dos profissionais médicos é um fator que dificulta o vínculo longitudinal e contínuo na atenção, bem como os esforços das ações de educação permanente (MONROE et al., 2008; GARNELO et al., 2014), uma vez que os profissionais de saúde realizam a atividade no local de atuação, mas devido à rotatividade se deslocam a outras unidades de saúde, criando uma nova demanda de educação permanente para o novo profissional. Enfatiza-se que para a criação de um sistema que sustente o cuidado às pessoas com TB, todos os atores e suas ações precisam se inter-relacionar (PORTER; OGDEN, 2001).

Permanecendo no campo das discussões do TDO entre a equipe, o sujeito E7, do município de Tefé, no recorte 20, e o sujeito E3 do município de Parintins, no recorte 21, enfatizam a discussão coletiva das ações inerentes ao TDO e enunciam a realização de reunião como um canal de comunicação entre o enfermeiro e o ACS.

Recorte n. 20:

(...) no caso eu faço aqui com as meninas, com a equipe uma reunião e, eu converso com elas como é realizado o tratamento, entendeu? Sendo, mesmo eu... quando não tem paciente a gente senta entendeu, a gente conversa e de vez enquanto tem paciente também da área e a gente conversa, eu explico para elas como é que é feito o tratamento, entendeu? (E7-município de Tefé).

Recorte n. 21:

Então, aqui eu reúno meus ACS e a gente discute bastante, principalmente com os ACS que já têm pacientes, mas eu procuro informar todos da área, todos os ACS, eu tenho 9 ACS, então, todos eles saem bem orientado daqui mesmo da unidade (E3 – município de Parintins).

As sequências discursivas “no caso eu faço aqui com as meninas”; “eu converso com elas como é realizado o tratamento”; “a gente conversa”; “eu explico para elas” (Recorte 20); “eu reúno meus ACS e a gente discute bastante”; “eu procuro informar todos da área”; “eles saem bem orientado daqui” sugerem o forte vínculo entre enfermeiro e ACS e produz indícios de que houve esforços para o envolvimento de todos os ACS com os temas relacionados ao TDO.

Ressalta-se que nas condições de produção amplas que permeiam o discurso do sujeito E7, o significante “conversa” sugere um diálogo entre as pessoas, no qual os sujeitos envolvidos partilham e problematizam as suas visões, características necessárias para a manutenção e expansão do TDO. O diálogo entre o enfermeiro e ACS pode se constituir em um ponto crucial e facilitador na compreensão dos temas envolvidos na “conversa”, no sentido de fortalecê-los ou enfrentá-los de forma a assegurar a TP do TDO.

O compartilhamento de informações e saberes entre os profissionais das equipes saúde da família na rotina de trabalho é importante para promover atenção integral, contínua e organizada da população adscrita (FIGUEIREDO, 2012). Entretanto, urge a necessidade de inclusão dos outros profissionais da APS, como médicos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros, e não apenas se restrinja na integração entre enfermeiro e ACS.

A comunicação é importante em todas as etapas da transferência de uma política, sendo a reunião um dos canais para viabilizar esse processo (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Ainda que a TP do TDO nos municípios estudados esteja na etapa de manutenção e expansão, reafirma-se que o processo não é linear, sendo a persuasão uma etapa constante no processo de TP, pois permite envolver os atores e, conseqüentemente, criar um ambiente facilitador para a execução do TDO.

No discurso do sujeito ACS do município de Itacoatiara, no recorte 22, sinalizam-se dizeres que explicitam a falta de cronograma das atividades e a resolução de problemas pontuais:

Recorte n. 22:

Assim, a gente não tem (...) cronograma do trabalho, assim vamos dizer assim, um mês a gente vai discutir a respeito disso, a gente geralmente discute quando (...) tem paciente (...) dando trabalho, aí que a gente vai discutir em torno do problema. Ai, por exemplo, nós somos agentes comunitários, nós trazemos os problemas do que está acontecendo, aí a gente se reúne, e vê a melhor forma de como fazer esse trabalho, mas assim, específico, (...) não tem (ACS1– município de Itacoatiara).

A sequência discursiva “não tem (...) cronograma do trabalho” por um lado indicia a falta de planejamento para realização das discussões relacionadas ao TDO. Por outro lado, as sequências discursivas “a gente geralmente discute quando (...) tem paciente (...) dando trabalho” enuncia a disponibilidade do diálogo para conversar sobre determinada situação que precisa ser resolvida. Nesse sentido, é importante inserir o planejamento na Atenção à TB. Contudo, o planejamento deve considerar a dinamicidade do processo de trabalho na APS, compreendendo que problemas diversos e complexos podem acontecer durante o TDO e requerem discussões e ações imediatas, resolutivas e coletivas. Vale ressaltar que os profissionais de saúde não têm conhecimento e não podem prever as adaptações necessárias para implementar com sucesso a política no contexto local (SCHNEIDER et al., 2006).

As ações de “se reunir”; “discutir em torno do problema” são importantes pois refletem a interação entre o enfermeiro e ACS para a resolução da situação emergente e concreta. Contudo, sugerem a realização de ações isoladas, o que não qualifica a integralidade das ações às pessoas com TB. Assim, (d)enunciam discussões esporádicas e falta de planejamento para a avaliação periódica das ações/problemas inerentes ao TDO. Esses resultados vão ao encontro dos achados de Barreto et al. (2012), que relatou a ausência de planejamento específico para as ações de controle da TB.

É necessário desenvolver a integralidade da prática de saúde, isto é, a articulação entre a assistência e a prevenção, haja vista que as ações preventivas, a partir do conhecimento que a equipe tem em relação à doença, antecedem os problemas que a doença pode vir a causar no indivíduo (MATTOS, 2004).

Outro campo discursivo que merece destaque refere-se à percepção pelos profissionais de saúde das dificuldades das pessoas com TB relacionadas ao TDO, como enunciado nos recortes 23 a 30. Trata-se da ação com score mais alto e respostas favoráveis pela maioria dos participantes de todos os municípios.

Vale destacar que a literatura aponta que as pessoas com TB enfrentam vários problemas durante o adoecimento, como isolamento, rejeição da família e comunidade, perda de emprego, diminuição de oportunidades e estigma associado à doença (TADESSE, 2016), sendo importante a alteridade da equipe para atuar de acordo com as especificidades do indivíduo.

Os recortes 23, 24 e 25 dos municípios de Itacoatiara, Parintins e Tabatinga, respectivamente, trazem em comum a percepção das dificuldades socioeconômicas que permeiam a vida da pessoa com TB. Esses discursos emergiram em contextos localizados em uma região mais pobre do país, com percentuais de pobreza acima do percentual nacional (IPC-IG, 2016). Em relação ao índice de Gini, os municípios também se colocam acima do valor médio nacional (0,570), sendo que o país já se destaca como um dos maiores índices de desigualdade do mundo (NEVES et al., 2015).

Recorte n. 23:

Agora no paciente que trabalha fica complicado porque geralmente eles saem antes das 6h da manhã, antes das 7h,(...) eles não vão largar do emprego para ficar em casa se tratando na maioria das vezes, porque eles também têm (...) baixa renda lá no Mamud Amed, é muito pouco o salário que eles ganham, são pessoas bem carentes mesmo e eles precisam trabalhar, e muitas vezes é trabalho braçal, às vezes eles estão se expondo muito com o negócio da poeira, eles trabalham na madeireira, muitas vezes, isso tudo são pontos assim, que nós já identificamos que dificultam o nosso processo de trabalho (E1 - município de Itacoatiara).

Observa-se que as sequências discursivas do sujeito E1 “no paciente que trabalha fica complicado”, “eles saem antes das 6h da manhã, antes das 7h,(...)” sugerem a dificuldade deste grupo de pessoas adoecidas em adequar-se à rotina do serviço. Ainda, o horário que a pessoa adoecida sai para trabalhar não coincide com o horário de início das atividades profissionais do ACS, silenciando o sentido da não realização do TDO nessas pessoas vulneráveis e que mais necessitam do acompanhamento.

Embora as pessoas com TB precisem da tomada do medicamento, ao mesmo tempo, são impelidos não só pela força da sobrevivência ameaçada pela TB, mas também pela força da sobrevivência ameaçada pela falta de emprego. É notório no dizer: “eles não vão largar do emprego” o significado simbólico do emprego, e a fonte de subsistência que ele se constitui. A percepção do profissional presente nas marcas linguístico-discursivas “tem (...) baixa

renda”; “é muito pouco o salário que eles ganham”, “são pessoas bem carentes mesmo”, “eles precisam trabalhar”; “é trabalho braçal” sinalizam a dificuldade desse grupo de satisfazer as necessidades básicas da vida, situação essa que, de certa forma, corrobora para a não realização do TDO e influencia na adesão ao tratamento. Os discursos vão ao encontro dos achados na literatura que revelam que as pessoas vulneráveis são as mais afetadas pela TB (SANTOS; SOUZA; CUNHA, 2016) e com maior tendência a abandonar o tratamento (OROFINO et al., 2012).

Ainda neste recorte, é importante sinalizar que as sequências discursivas salientadas (d)enunciam uma estrutura de serviços que ainda apresenta grande dificuldade em enfrentar as diferentes especificidades e peculiaridades das pessoas com TB em tratamento relacionadas principalmente às desigualdades sociais, como também dificuldades em propor alternativas para esses grupos, ficando a cargo do sujeito adaptar-se ao sistema, sugerindo uma TP do TDO coerciva, uma vez que não contempla as singularidades socioeconômicas do indivíduo.

A precariedade da atividade laboral da pessoa com TB também é notada nas sequências discursivas “se expondo muito com o negócio da poeira” e “trabalham na madeireira”. O sujeito profissional, perpassado pelo interdiscurso, ao mobilizar os significantes “poeira” e “madeireira” produz sentidos do reconhecimento das péssimas condições de trabalho que o indivíduo acometido pela TB está submetido.

O discurso do sujeito enfermeiro do município de Parintins enuncia um apoio social ofertado pela unidade de atenção primária à pessoa com TB em TDO com condições socioeconômicas desfavoráveis.

Recorte n. 24:

(...) quando o paciente ele está fazendo tratamento, ele precisa ter uma boa alimentação e uma coisa que eu acho interessante aqui no município que se o paciente realmente tem necessidade financeira ele recebe uma cesta básica, a gente aciona o serviço social, ele vai lá, faz uma visita, verifica realmente a necessidade do paciente e o paciente recebe essa ajuda de custo (E4 – município de Parintins).

A posição-sujeito ao discursar reverbera sentido da sua compreensão que a atenção à pessoa com TB vai além do tratamento medicamentoso, sendo necessária a avaliação das condições que permeiam o contexto social da pessoa, identificando necessidades básicas e ofertando apoio social por meio da entrega de cestas básicas, como uma forma de promover alimentação adequada e necessária ao tratamento da doença. A preocupação com a

alimentação da pessoa com TB data da década de 1940, período em que, além da alimentação adequada, o repouso e boa climatização eram as únicas medidas para o combate à doença em uma era que não existiam ainda os medicamentos contra a doença (SOUZA; SILVA, 2010). No contexto atual das políticas de controle da TB ainda essas recomendações são necessárias para a cura da pessoa adoecida.

As sequências discursivas “realmente tem necessidade financeira”, “verifica realmente a necessidade do paciente” sinalizam um processo seletivo para oferta de incentivos, em que não são todas as pessoas adoecidas que recebem o auxílio, mas somente aquelas que “realmente” precisam. Ainda, a repetição do significante “realmente” silencia a dificuldade que os serviços de saúde têm em ofertar o incentivo a todas as pessoas devido à pouca disponibilidade de recursos. Nesse sentido, o processo de seleção para receber o benefício requer um processo exaustivo de avaliação da pessoa adoecida como indiciado na sequência discursiva “a gente aciona o serviço social, ele vai lá, faz uma visita”.

Essa realidade de oferta de incentivos não é realizada pelos outros municípios. Provavelmente a ausência desse recurso pode ter favorecido as respostas não favoráveis em relação à variável “a unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO”. A oferta de incentivos é vista pela literatura como uma estratégia com efeito benéfico nos resultados de tratamento da TB, como forma de incentivar a continuidade e regularidade do tratamento (CANTALICE FILHO, 2009; QUEIROZ et al., 2012; CIOBANU et al., 2014).

Nesse sentido, há um consenso crescente de que as intervenções de combate aos determinantes sociais podem desempenhar um papel importante na luta contra a TB (BOCCIA et al., 2016). A transferência de renda, apoio nutricional e vale-transporte são algumas das ações recomendadas pela Estratégia End Tb para apoiar a pessoa adoecida com maior vulnerabilidade durante o seu processo de tratamento (WHO, 2016).

O sujeito ACS3 do município de Tabatinga também identifica as condições sociais e financeiras das pessoas com TB; contudo há menor poder de resolubilidade do profissional pelo não envolvimento do serviço social na atenção às pessoas com TB.

Recorte n. 25:

E aí, é aquela questão, né! O paciente começa fazer o tratamento, aí começa ter aqueles problemas que a gente até falou que é a respeito de alimentação, condição financeira (...) Então, isso é complicado, eu pelo menos com o meu paciente, eu nunca tive ajuda por

exemplo, com assistente social, a gente sabe que tem assistente social! (ACS 3 – município de Tabatinga).

A posição-sujeito ACS, afetado pela notória precariedade social que circunda as pessoas com TB (percebidas no processo de atenção), focaliza em seu discurso a atuação do serviço social. As sequências discursivas “eu nunca tive ajuda (...) com assistente social” indicia que o profissional ACS se percebe sem retaguarda para o desenvolvimento das ações de controle da TB. Esses mesmos dizeres silenciam que a falta de envolvimento do serviço social em um contexto com condições de subsistência precárias se constitui como entrave para a realização do TDO.

Os determinantes sociais não podem passar despercebidos pelo Sistema de Saúde, haja vista que a sinergia entre TB e pobreza é fato respaldado na literatura; a doença é historicamente descrita como de caráter social e que se desenvolve em um contexto de pobreza e desvantagem social (UKWAJA et al., 2012; SAUNDERS; CARLTON, 2016).

Ressalta-se que o envolvimento do serviço social, constitui-se em forte mecanismo colaborativo para a manutenção e expansão do TDO, e o sucesso de sua transferência como política de saúde pública. Nesse sentido, em contexto onde isso não é possível, a realização do TDO pode se tornar um mecanismo coercivo, pois focaliza apenas na ingestão do medicamento, sem contemplar outras dimensões que constituem o cerne do indivíduo.

Os discursos do enfermeiro do município de Tefé (Recorte n.26) e do ACS do município de Parintins (Recorte n.27) estão inseridos em uma formação discursiva que (d)enuncia como aspectos não colaborativos à realização do TDO, o perfil das pessoas com TB caracterizados por uma condição social desfavorecida, com outras morbidades de cunho social, como etilismo e o uso de drogas, como apresentados nos recortes a seguir:

Recorte n. 26:

(...) as meninas (ACS) tiveram que se adequar, porque ele era um paciente (...) alcoólatra né, então, ele não parava em casa, e aí as meninas iam lá e ele não estava, então elas saíam procurando nas ruas do centro ele, até que encontravam ele bêbado no chão e tal e aí ele tomava, elas (ACS) faziam ele tomar o medicamento ali mesmo tendo ingerido álcool (E6 – município de Tefé).

Recorte n. 27:

(...) o meu comunitário (...). Ele estava tomando... mas como ele tinha o vício da droga e aquilo empatava com que ele tomasse o medicamento, ele não tomava, passava o dia, domingo fora, essas coisas e ele não tomava o remédio, aí foi, que ele só vivia mudando de lugar, aí que nós fomos atrás na outra casa, onde ele foi fora da nossa área de abrangência né...e nós fomos com o enfermeiro atrás dele e não conseguimos falar com ele. E quando foi no outro dia, eu fui de novo atrás dele (...) ele estava se recusando (...) os pais, irmãos, (...) até teve brigas com ele porque ele não estava querendo aceitar o medicamento (ACS2 – município de Parintins).

Em ambos os municípios Tefé e Tabatinga, os dizeres produzidos nos recortes 26 e 27 indiciam a preocupação e responsabilidade dos profissionais em buscar formas de garantir a tomada da medicação, como fica evidente nas sequências discursivas “tiveram que se adequar”; “saíam procurando” “aí que nós fomos atrás na outra casa”. A sequência discursiva “fomos com o enfermeiro atrás dele e não conseguimos falar com ele. E quando foi no outro dia, eu fui de novo atrás dele (...) ele estava se recusando” demonstram o proeminente esforço dos profissionais de saúde em assegurar a tomada da medicação dessas pessoas, silenciando a urgência da abordagem às doenças de cunho social, como é a dependência de álcool e drogas ilícitas. Ainda, observa-se a busca do envolvimento da família, como indiciado pela sequência discursiva “os pais, irmãos, (...) até teve brigas com ele porque ele não estava querendo aceitar o medicamento”. Nesse contexto, urge a implementação de práticas inovadoras na atenção à pessoa com TB.

Alguns autores apontam que o uso de álcool e outras drogas interferem nas ações dos serviços de saúde, conduzindo a atrasos na procura e no início do tratamento, além de ser um importante fator para a interrupção do tratamento (THOMAS et al., 2011; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Destaca-se que a sequência discursiva “aí ele tomava, elas (...) faziam ele tomar” indicia uma postura coerciva por parte dos profissionais, provavelmente permeado pela compreensão de que tratamento da pessoa deve ser realizado independente da condição ética ou de droga do usuário, uma vez que a ausência dos medicamentos no organismo irá agravar o quadro clínico da doença. Estudo anterior sinalizou a preocupação do profissional de saúde em garantir a ingestão do medicamento, ainda que em condição ética, pelo medo do desenvolvimento de multirresistência ou abandono do tratamento (SOUSA et al., 2016) corroborando com o enunciado do presente estudo.

Ainda vale destacar a imperiosa ação da tomada da medicação alheio a outras necessidades do doente, pois não há indícios no enunciado sobre medidas de acompanhamento após a ingesta medicamentosa. É fato comprovado que o álcool influencia no prognóstico da TB e pode causar efeitos colaterais para a pessoa adoecida, sendo importante o rastreamento e acompanhamento destes, visando propiciar medidas de intervenções e de controle (ANDRADE; VILLHA; PILLON, 2005; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Os discursos dos ACS dos municípios de Itacoatiara e Tabatinga, nas suas entrelinhas, evidenciam a TB como uma doença estigmatizante;

Recorte n. 28:

(...) a dificuldade maior é quando o paciente, a gente vai e ele não quer fazer esse tratamento, quando a pessoa, a gente sente a resistência, deles geralmente, eles não admitem que estão doentes, que tem tuberculose, aí fica difícil (ACS1 – município de Itacoatiara).

Recorte n. 29:

E a respeito do paciente sair da sua casa para vim até a unidade, primeiro que aqui não tem um espaço físico adequado, né (...) Agora tu imaginas só o constrangimento desse paciente ter que vir todo raquítico sentado no banco? Ficar ali esperando com a máscara, imagina só! Será que esse paciente vai querer voltar outra vez? Ele não vai querer voltar (ACS3 – município de Tabatinga).

A recusa ao tratamento e a negação da doença por parte do indivíduo notabiliza-se como entrave ao TDO, como é notado nas sequências discursivas do ACS1 “não quer fazer esse tratamento”; “eles não admitem que estão doentes, que tem tuberculose”. Observa-se que as sequências discursivas em alusão trazem consigo o não-dito, no caso, o estigma a que a doença é associada, estigma que conduz aos processos de resistência da pessoa adoecida ao tratamento e ao uso dos serviços de saúde.

Este estigma também é presente nos dizeres do ACS3 “aqui não tem um espaço físico adequado”; “imaginas só o constrangimento desse paciente”; “todo raquítico”; “Ficar ali esperando com a máscara”. Alguns estudos mostram que apesar do cenário modernamente favorável, a TB ainda é uma doença estigmatizante (CRUZ et al., 2012; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013). Desde os primórdios as pessoas com TB sofrem com o estigma, devido ao fato de relacionarem esta doença com a pobreza e como resultado de uma vida de excessos (TOUSO et al., 2016). Assim, constitui-se em um dos principais obstáculos para o

controle da TB, pois a concepção estereotipada da TB, causada pela gravidade da doença, pelo medo de infecção e mitos acerca da sua transmissão, pode influenciar na decisão das pessoas adoecidas a procurarem os serviços de saúde (TADESSE, 2016).

Ressalta-se que, indiretamente, nos discursos dos sujeitos ACS1 e ACS3, enuncia-se o sentido circulante da necessidade dos profissionais conhecerem os motivos do indivíduo negar o tratamento e, a partir disso, propor novas opções que visem um atendimento diferenciado e que atendam às expectativas e às necessidades da pessoa com TB.

A posição-sujeito do enfermeiro do município de Manacapuru, perpassada pelo interdiscurso, enuncia que o tratamento em si é uma dificuldade inerente à prática do TDO, enfatizando a duração prolongada do tratamento, como se pode depreender no recorte:

Recorte n. 30:

É... outra coisa também, o tempo... porque são seis meses, o tempo de duração do tratamento, porque é importante realizar, que senão o paciente vai ter uma recaída, vai ter uma resistência à medicação, né, e aí prolonga também o tempo de tratamento dele né, se ele suspender esse tratamento durante seis meses (E2 – município de Manacapuru).

Os significantes “porque são seis meses” produzem sentidos de que o assujeitamento da pessoa adoecida durante esse período pode levar a exaustão da ingestão de medicamento, que pode culminar em abandono do tratamento. A literatura aponta que o tratamento prolongado, a administração concomitante de diferentes drogas, os efeitos adversos e a sensação de bem-estar antes do término da medicação são características que afetam a adesão ao tratamento da TB e criam um desafio para os serviços de saúde (GOMES et al., 2015).

Outra questão que emerge nesse recorte, a partir do sujeito afetado pelo interdiscurso, é a recaída e a multirresistência ao tratamento: “senão o paciente vai ter uma recaída”, “vai ter uma resistência à medicação”. Um tratamento não adequado pode trazer sérias consequências para o indivíduo, como maior risco de mortalidade, multirresistência (NDEIKOUNDAM NGANGRO et al., 2013), a perpetuação da cadeia de transmissão da doença e o aumento do tempo e do custo do tratamento (NDEIKOUNDAM NGANGRO et al., 2013; SILVA; MOURA; CALDAS, 2014). Provavelmente, o conhecimento dos riscos da não adesão ao tratamento também reforça a atitude persistente dos profissionais em assegurar a tomada da medicação pela pessoa com TB.

Os diversos aspectos abordados em relação às características das pessoas com TB em TDO trazem à tona principalmente um dos pilares da atual estratégia de controle da TB End

TB, sem pensar em seu primeiro pilar “cuidado centrado no paciente”, o qual enfatiza a importância de avaliar sistematicamente e responder às necessidades e expectativas das pessoas adoecidas. Dependendo das necessidades delas, deve ser fornecido apoio educacional, emocional e econômico, para garantir a adesão ao tratamento, por meio do TDO, quando necessário. Assim, melhorando os resultados do tratamento; prevenindo o desenvolvimento de resistência à droga e prevenindo e aliviando o estigma e a discriminação (WHO, 2016).

Nesse contexto, vale destacar que todos os municípios estudados possuem pelo menos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual possui nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, que oferecem retaguarda assistencial às equipes saúde da família. O município com maior número de NASF é Itacoatiara (5 NASF), seguido de Manacapuru (3), Parintins (2) e Tefé e Tabatinga (1).

O reconhecimento do ambiente, das necessidades e singularidades das pessoas adoecidas propicia um elo de responsabilidade e confiança entre profissionais, pessoa adoecida e famílias, permitindo uma maior compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas (NOGUEIRA et al., 2012), além de ser fundamental para a adesão ao tratamento (CRUZ et al., 2012).

O cuidado centrado no paciente requer práticas inovadoras para responder às múltiplas necessidades presentes no contexto social da pessoa com TB. Os dizeres presentes no recorte 31 inscrevem-se em uma formação discursiva que focaliza a dificuldade do profissional em elaborar estratégias que possam promover a adesão ao paciente e, portanto, à prática do TDO, como pode se depreender nos recortes abaixo:

Recorte n. 31:

A gente não sabe como faz o tratamento, né, não sabe fazer a conquista do paciente para adesão ao tratamento, né, e muitas vezes é falta de informação, realmente (...) de entender como faz o manejo da tuberculose aqui no município de Tabatinga (E5 – município de Tabatinga).

A sequência discursiva “é falta de informação realmente (...) de entender como faz o manejo da tuberculose aqui no município de Tabatinga” (d)enuncia a falta de conhecimento da política de controle da TB e suas recomendações pelo enfermeiro do município de Tabatinga. Por outro lado, sugere que o profissional não se sente preparado para lidar com a pessoa adoecida caso ela apresente resistência à realização do tratamento. Indicia ainda o

reconhecimento inconsciente das dificuldades apresentadas no município para o manejo da TB decorrentes da complexidade do contexto e das características sociais e demográficas

A negativa “não sabe fazer a conquista do paciente para adesão ao tratamento” reverbera sentido do sentimento de incapacidade do profissional em criar mecanismos que possam auxiliar a pessoa adoecida na adesão ao tratamento, que vão além do conhecimento das ações preconizadas pelo MS referente ao TDO em garantir a ingestão do medicamento por meio da supervisão. Esses dizeres corroboram com os resultados quantitativos que mostraram que a maioria dos profissionais apresentou respostas não favoráveis em relação à “unidade de saúde possui estratégias para promoção da adesão da pessoa com TB ao TDO”.

A metáfora “conquista do paciente”, levando em consideração as condições de produção amplas e restritas, produz sentido da necessidade de mecanismos que visem o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a pessoa adoecida, conduzindo para uma relação de confiança, que interpela o indivíduo a aderir ao tratamento. O vínculo gera cooperação mútua, contribui para adesão ao tratamento, impactando positivamente no controle da doença com diminuição do abandono e casos de TBMR (NEVES et al., 2016). A literatura descreve que o vínculo estabelecido entre a pessoa adoecida e o profissional por meio do TDO é imprescindível para a adesão ao tratamento (CRUZ et al., 2012; NEVES et al., 2016), sendo um dos principais elementos estruturantes para o controle da TB (BRUNELLO et al., 2009).

Assim, observa-se que os profissionais percebem as dificuldades das pessoas com em TDO e realizam discussões entre a equipe; todavia apresentam dificuldades em utilizar recursos comunitários e outras estratégias para apoiar e promover a adesão da pessoa com TB ao TDO.

Os discursos dos profissionais em relação à discussão entre a equipe reverberam sentido da não priorização do programa de TB nas discussões devido à complexidade que permeia a APS; da falta de participação do profissional médico nas discussões devido à alta rotatividade desses profissionais no estado; do compartilhamento de experiências entre enfermeiro e ACS e da falta de cronograma das atividades e a resolução de problemas pontuais. As questões socioeconômicas, atividades laborais, etilismo, uso de drogas, estigma da doença, duração prolongada do tratamento emergiram no discurso dos profissionais de saúde como condições que dificultam a adesão da pessoa com TB ao TDO. Os dizeres produziram, ainda, o sentido circulante da dificuldade dos profissionais em lidar com as características e condições individuais de cada pessoa adoecida e de elaborar estratégias que possam promover a adesão da pessoa adoecida ao tratamento.

5.2.4 Domínio: Ações da gestão para a manutenção e expansão do TDO na APS

Na avaliação geral do domínio Ações da gestão, identificou-se que as ações relacionadas à oferta de treinamentos para equipe e profissionais recém-contratados e integração/interação com a equipe apresentaram avaliações não favoráveis à manutenção e expansão do TDO (Tabela 11).

Tabela 11 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo ações da gestão. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Variáveis	Média	Esc Pad	DP
V1- Utiliza-se de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO	4,18	79,38	1,37
V2 - Oferta frequente de capacitações sobre o TDO	3,38	59,56	1,7
V3 - Oferta frequente de treinamentos sobre o TDO para profissionais recém-contratados	2,97	49,26	1,81
V4 - Discute o TDO com a equipe	4,11	77,74	1,41
V5 - Liberação para participar nos treinamentos	4,29	82,25	1,42
V6 - Utiliza de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento	4,28	82,07	1,33
V7 - Integra/Interage com a equipe	3,64	65,93	1,58

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na avaliação das ações da gestão por município, observa-se que Manacapuru (M2), Tabatinga (M4) e Tefé (M5) permaneceram próximos às respostas favoráveis em relação a todas as ações deste domínio (circunferência). Já os municípios de Itacoatiara (M1) e Parintins (M3) mantiveram-se mais próximos em relação às respostas não favoráveis em relação à oferta de treinamento para profissionais recém-contratados (V3:1). No primeiro município identificou-se associação estatisticamente significativa em relação à oferta frequente de capacitações sobre o TDO (V2:1); oferta de treinamentos sobre o TDO a profissionais recém-contratados (V3:1) e discussão sobre o TDO (V4:1). O município de Parintins teve associação estatisticamente significativa em relação às respostas não favoráveis da variável integração/interação com a equipe (V7:1) (Figura 12).

Figura 11 - Mapa Perceptual das ações da gestão para a manutenção e expansão do TDO na APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Legenda: Variáveis ativas: V1 – Utiliza-se de estratégias educativas e de sensibilização da equipe para manutenção e expansão do TDO; V2- Oferta frequente de capacitações sobre o TDO; V3 - Profissionais recém-contratados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO; V4 - Discute o TDO com a equipe; V5 - Liberação para participar nos treinamentos; V6 - Utiliza-se de linguagem clara, concisa e de fácil entendimento; V7 - Integra/Interage com a equipe. Variáveis passivas: Municípios: M1 – Itacoatiara; M2 – Manacapuru; M3 – Parintins; M4 – Tabatinga, M5 – Tefé.

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados não favoráveis na avaliação geral em relação à oferta de treinamentos para equipe e profissionais recém-contratados podem influenciar nas ações de manutenção e expansão do TDO, uma vez que a oferta de treinamentos, além de ser um canal de comunicação no processo de transferência de uma política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011), propicia, assim como as reuniões, um ambiente facilitador para persuasão dos atores sobre a importância do TDO como política que coopera para o controle da TB.

As ações da gestão são de relevância incontestável para a organização e monitoramento das ações de controle da TB (PINHEIRO et al., 2012; PINHEIRO et al., 2014), não sendo diferente para a manutenção e expansão do TDO nos serviços de saúde que atendem e tratam as pessoas com TB.

Identificou-se neste estudo que o município de Parintins apresentou o maior número de respostas não favoráveis do que os outros municípios em relação à integração/interação com a equipe. A articulação e integração da gestão com a equipe de saúde deve ser uma prática permanente, uma vez que é de grande importância para execução adequada do TDO.

Ainda, essa ação é fundamentada nas políticas voltadas para o controle da doença (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

O município de Itacoatiara, por sua vez, apresentou maior número de respostas não favoráveis em relação à oferta frequente de capacitações sobre o TDO; oferta de treinamentos sobre o TDO a profissionais recém-contratados e discussão sobre o TDO com a equipe. O tratamento e cuidado às pessoas com TB requerem recursos humanos suficientes, competentes, motivados, e que recebam treinamentos contínuos sobre as políticas nacionais para alinhar suas práticas com as normas internacionais e nacionais (WHO, 2016). Nesse contexto, a gestão assume papel importante, uma vez que a qualificação dos recursos humanos depende principalmente de estímulo e viabilização das ações de qualificação (SÁ et al., 2013).

A ineficiência na qualificação profissional para a produção do cuidado às pessoas com TB tem sido apontada pela literatura como fator que impede e dificulta as atividades de controle da doença (BARRETO et al., 2013). Os resultados com respostas não favoráveis em relação à oferta de capacitações pela gestão podem se constituir em entrave para a produção de novos saberes e práticas, colocando os profissionais em atividades meramente rotineiras, distantes de uma atenção integral e contínua indispensável na atenção às pessoas com TB.

Corroborando com os resultados quantitativos do estudo, apresentam-se alguns recortes, os quais sinalizam, por um lado, a falta de treinamentos ou realização de forma irregular e, por outro, denotam uma oferta de treinamentos regular/constante dos profissionais de saúde como forma de obtenção de conhecimento para o controle da TB.

No discurso do ACS do município de Itacoatiara (Recorte n.32), emergem dizeres que focalizam possíveis explicações para a falta de treinamento, bem como enfatizam a necessidade e importância da oferta do mesmo.

Recorte n. 32:

Treinamento de tratamento supervisionado não é realizado, de TB, em geral assim, geralmente existe, mas assim, voltados somente para o tratamento supervisionado, não. E outra também, faz tempo que não fizeram capacitação a respeito da tuberculose, muitas coisas já foram mudadas, acho que a última capacitação que eu lhe falei foi em 2005. De lá para cá não houve mais, eu acho que agora ficou mais difícil ainda, com essa crise que está acontecendo aí, eu acho que talvez sim, mas talvez deveria acontecer da coordenação fazer por unidade, entendeu? (...) A gente não tem um espaço grande, mas lá em baixo pode fazer. (...) muita das vezes faz a sua faculdade, mas tudo que a senhora realizou, estudou, a senhora

não se lembra no total. A mesma coisa assim o treinamento, muitas vezes, muda aí e as pessoas vão se reciclando. Eu sempre falo assim que o agente comunitário assim, tem que sempre está pegando um choque, porque se ele não pegar choque ele esquece. Ele esquece, ele não armazena que tem que fazer isso, se não ele não faz (ACS1 – município de Itacoatiara).

A sequência discursiva “treinamento de tratamento supervisionado não é realizado” (d)enuncia não só a falta de preparação dos profissionais envolvidos no TDO, mas também o não cumprimento das normas preceituadas pelo PNCT sobre a capacitação dos profissionais sobre o TDO (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, a atualização do conhecimento dos profissionais envolvidos pode estar comprometida e, consequentemente resultar em práticas que não contribuem para a manutenção e expansão do TDO, interferindo na sua transferência como uma política de controle da TB.

Outro aspecto levantado neste recorte é a ausência de qualquer treinamento após o ano de 2005. Em face disso, o profissional aponta como uma das dificuldades para realização de treinamentos a conjuntura política e socioeconômica do estado do Amazonas e do país em geral: “ficou mais difícil ainda, com essa crise”. É de sinalizar que o sujeito profissional afetado pela ideologia justifica a inexistência de treinamento invocando as circunstâncias do momento. A capacitação insuficiente dificulta o funcionamento do PCT e influencia no desempenho da equipe (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012) e, portanto, na transferência de qualquer política de controle de agravos à saúde.

A falta de espaço também é apontada como uma dificuldade para realização de treinamentos. A deficiência no espaço (d)enunciada pelo sujeito ACS1 instiga a pensar na necessidade de criação de espaços mais amplos que facilitem a participação dos profissionais. No entanto, o sujeito, ao mesmo tempo que reconhece as dificuldades para a realização dos treinamentos, enuncia que as mesmas não seriam empecilhos, uma vez que podem ser realizados em outros locais: “mas lá em baixo pode fazer”. O sujeito profissional, ainda perpassado pelo interdiscurso, o já-dito, e reconhecendo a ação do inconsciente enuncia o seguinte: “faz a sua faculdade”; “não se lembra no total”. Estes dizeres sugerem que os temas lecionados em tempo de graduação escapam a sua “capturação” permanente pelo sujeito (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015). Igualmente, estas sequências propõem a pensar na necessidade de um treinamento constante, uma vez que a memória do que é aprendido escapa de certa forma da esfera cognitiva.

Destacam-se as sequências discursivas “tem que sempre tá pegando um choque”; “se ele não pegar choque ele esquece”. Consta como “denominador comum” destas sequências a metáfora “choque”, a qual silencia outros dizeres e a partir das condições de produção existentes produz vários sentidos, dentre os quais podem se destacar a ressignificação da importância de treinamentos no TDO; a necessidade de treinamento constante ao ACS, uma vez que esses são visto como passíveis de fácil esquecimento; ensinamentos e conscientização que impliquem a autocrítica e a responsabilização dos seus atos no processo do TDO.

Os ditos do ACS2 do município Parintins inscrevem-se no mesmo campo discursivo do AC1 do município Itacoatiara em relação à não realização de treinamentos em TB.

Recorte n. 33:

(...) já faz um tempo que eles não fizeram mais treinamentos com a gente, com todos os ACS, com todos da área da saúde, que trabalham na saúde da família. Não houve mais esses treinamentos com a gente, quando há, é chamado só o técnico, dois ACS, um de cada equipe, aí faz, não é todos que vão, isso raramente está acontecendo agora aqui (ACS2 – município de Parintins).

No discurso fica explícita a dificuldade para realização e manutenção dos treinamentos. Os dizeres presentes nas sequências discursivas “já faz um tempo que eles não fizeram mais treinamentos”; “Não houve mais esses treinamentos” produzem indícios de que não estão sendo realizados treinamentos atualmente.

Observa-se também que os treinamentos, além de ocorrerem raramente, não contemplam todos os profissionais da unidade de saúde como indiciado pela sequência discursiva “quando há, é chamado só o técnico, dois ACS, um de cada equipe, aí faz, não é todos que vão”

Os dizeres presentes no discurso dos enfermeiros dos municípios de Manacapuru (Recorte 33) e Tefé (Recorte 34) e do ACS do município de Tabatinga trazem informações ancoradas a uma formação discursiva que focaliza a existência de treinamentos para a equipe de saúde, indo ao encontro dos dados quantitativos que demonstram no mapa perceptual que esses municípios apresentaram proximidades com as respostas favoráveis em relação à oferta de treinamentos (Figura 11).

Recorte n. 34:

São feitas palestras médicas, que são bem elaboradas juntamente com o pessoal, organizadores estaduais, médicos, enfermeiros e organizadores municipais também da equipe de enfermagem e médica. Então assim, as estratégias utilizadas são palestras, seminários, né, e os materiais educativos que são elaborados durante todo o seminário (...) É feita também reuniões dentro das unidades de saúde da atenção básica e é capacitados os outros profissionais da Atenção básica, que é um modelo de seminário que a gente vai, aprende e traz todo o aprendizado e passa para equipe multiprofissional de dentro da UBS da equipe (E2 – município de Manacapuru).

Recorte n. 35:

Então é como eles sempre estão em capacitação, sempre a coordenação de tuberculose daqui do município está promovendo esses tipos de capacitação para eles, quando eles vêm de lá eu peço e reúno todos os outros que não puderam participar que na maioria das vezes alguns deles são selecionados, e aí eu peço para eles repassarem o que eles aprenderam lá na capacitação então a gente acaba que forma uma roda de discussão aí vai discutindo (...) Eu no momento ainda não passei por nenhum não, aqui na unidade onde eu estou trabalhando, quando eu comecei numa outra unidade, eu tive uma capacitação assim sobre o TDO, mas eles sempre estão em capacitação pelo menos os agentes de saúde, sempre tem capacitação para eles sim com relação a esse tratamento (E6 – município de Tefé).

É notório nas entrelinhas dos discursos dos enfermeiros do município de Manacapuru (Recorte 34) e de Tefé (Recorte 35) dizeres que sinalizam a regularidade na oferta de treinamentos. As sequências discursivas “São feitas palestras (...) que são bem elaboradas juntamente com o pessoal, organizadores estaduais, médicos, enfermeiros e organizadores municipais também da equipe de enfermagem e médica” (Recorte 34) e “a coordenação de tuberculose daqui do município está promovendo esses tipos de capacitação para eles” (Recorte 35) reverberam sentido do envolvimento dos diversos atores no processo de qualificação dos recursos humanos em relação à TB e ao TDO.

No processo de TP, os atores podem assumir diferentes funções em relação ao processo de comunicação de determinada política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Observa-se, nas entrelinhas dos discursos em análise, o papel dos gestores como produtores, remetentes ou facilitadores da informação e os médicos, enfermeiros e ACS como destinatários dessa informação.

Ainda, os discursos sinalizam indiretamente que a prática é realizada de forma coordenada entre todos os entes estaduais e municipais. Trabalhar de forma coordenada tem sido entendido como importante nas atividades para a manutenção e expansão do TDO enquanto política de controle da TB (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Os ditos presentes nas sequências discursivas “a gente vai, aprende e traz todo o aprendizado e passa para equipe multiprofissional de dentro da UBS da equipe” (Recorte 34) e “quando eles vêm de lá eu peço e reúno todos os outros que não puderam participar que na maioria das vezes alguns deles são selecionados, e aí eu peço para eles repassarem o que eles aprenderam lá na capacitação” (Recorte 35) sinalizam que os treinamentos além de ser um canal de comunicação de informações para os participantes, permitem o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais. Tal ação constitui-se em uma etapa contínua e imprescindível na transferência de uma política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Dando continuidade na análise do discurso do sujeito E6, observa-se, a partir das sequências discursivas “Eu no momento ainda não passei por nenhum” e “pelo menos os agentes de saúde, sempre tem capacitação”, que a atividade de qualificação é compreendida como indispensável para o ACS, provavelmente em decorrência do protagonismo desse profissional na prática do TDO. Por outro lado, a falta de treinamentos para os enfermeiros de certa forma pode influenciar negativamente na prática TDO, uma vez que, não se oferece ao profissional atualizações que favorecem a obtenção de novos conhecimentos e práticas.

Contrariamente aos discursos anteriores, os ditos do sujeito ACS3 do município de Tabatinga inscrevem-se em uma formação discursiva que focaliza a falta de compartilhamento de conhecimento entre os ACS, como pode se observar no recorte 36:

Recorte n. 36:

Quando tem os treinamentos que geralmente não acontecem nas UBS, acontecem lá na SEMSA - secretaria de Saúde, é tipo assim não vão todos, é sorteado um, dois de cada equipe e vão para lá, é como eu estou te falando deveria acontecer para todos os profissionais, para não fechar as UBS, dividia hoje vai uma turma, amanhã iria outra, não ia fechar a UBS, não teria porque fechar as UBS, mas não acontece (...) foi o mês passado ou retrasado que o pessoal vieram o da TB, aí a gente fez tirou umas dúvidas aqui, né a respeito da doença em si modo de tratamento e tal, foi legal. Mas não foi com todo o pessoal da unidade entendeu, porque é aí que eu vejo que todo o pessoal da unidade desde o médico ao faxineiro, ele tem que estar envolvido né, que é para ele saber, para ele entender (ACS3 – município de Tabatinga).

No recorte acima depreende-se que o processo de treinamento, apesar de ser realizado, não abrange todos os profissionais da unidade de saúde. Esta interpretação é corroborada pela seguinte sequência discursiva: “não vão todos”; “deveria acontecer para todos profissionais”. Esses resultados corroboram com outro estudo realizado em outra região do Brasil, onde as capacitações foram realizadas apenas com uma parte da equipe (SILVA et al., 2016).

O profissional de saúde, tomando a posição de ACS, (d)enuncia “deveria acontecer para todos os profissionais”, silenciando o sentido de um compartilhamento de conhecimento não satisfatório entre os ACS, o que implica na exigência da participação de todos os profissionais. Entende-se a dificuldade a nível logístico da realização de treinamentos que possam abranger todos os profissionais de saúde e, por isso, há a necessidade de investimentos em estratégias que visem à qualidade no compartilhamento de conhecimento entre os ACS que participam aos que não podem participar. A forma como o conhecimento é adquirido, validado, partilhado é importante no processo de transferência de uma política, pois influencia diretamente na forma como os atores recebem, repassam e executam a política (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

Contudo, destaca-se a necessidade de superar os treinamentos e capacitações centradas na transmissão de conhecimentos e eleger o trabalho como eixo integrador das atividades educativas em equipe, partindo de práticas que privilegiem a problematização e resolução dos problemas e a construção de novos conhecimentos aplicáveis a essa realidade (BRASIL, 2011a).

Esses dados nos permitem refletir que embora a variável “oferta de treinamentos” tenha obtido avaliação com maior número de respostas favoráveis pelos profissionais de saúde na análise quantitativa nos municípios Tefé e Tabatinga, há dizeres por traz desses resultados que são indispensáveis para uma melhor compreensão da realidade.

Observa-se assim a necessidade de maior oferta de treinamentos para os profissionais de saúde e maior integração/interação entre a gestão e a equipe. Os enunciados produzem sentido de que a regularidade na execução das atividades de capacitação/treinamento difere a depender do município. Ainda, produzem sentido das dificuldades na inclusão de todos os profissionais de saúde no treinamento, da existência (ou falta) de compartilhamento de conhecimento dos que participaram do treinamento para os que não puderam participar. Além disso, é possível observar o papel dos gestores, os médicos, enfermeiros e ACS no processo de comunicação de informações.

5.2.5 Domínio: Percepção sobre as estratégias para melhorar o TDO

Na avaliação geral do domínio Percepção sobre as estratégias para melhorar o TDO, a “necessidade de incorporação de outras instituições”; “necessidade de elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO” e “impacto positivo das ações de sensibilização no TDO” apresentaram avaliações favoráveis à manutenção e expansão do TDO. Enquanto que a ação “criação de novas estratégias relacionadas ao TDO” apresentou avaliação não favorável (Tabela 12).

Tabela 12 - Médias e escores padronizados das respostas dos participantes segundo percepção sobre estratégias para melhorar o TDO. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Variáveis	Média	Esc Pad	DP
V31 - Necessidade de incorporação de outras instituições	4,41	85,19	1,19
V32 - Necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para a pessoa com TB em TDO	4,48	87,04	1,18
V33 - Impacto positivo das ações de sensibilização no TDO	4,36	83,88	1,08
V34 - Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO	2,94	48,50	1,71
V35 - Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO	3,63	65,72	1,54

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Realizando a avaliação das ações de saúde por município, observa-se que todos os municípios analisados ficaram próximos às respostas favoráveis das variáveis “necessidade de incorporação de outras instituições (V31:2)”; “necessidade da elaboração de plano de cuidado individual para pessoas com TB em TDO (V32:2)” e “impacto positivo das ações de sensibilização no TDO (V33:2)” (circunferência de cor azul). Os municípios Itacoatiara e Parintins apresentaram proximidades com as respostas não favoráveis em relação à “criação de novas estratégias relacionadas ao TDO (V34:1)” e “desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO(V35:1)” (circunferência de cor vermelha). O município de Itacoatiara apresentou diferença estatística significativa em relação à última variável (Figura 12).

Figura 12 - Mapa Perceptual das estratégias para manutenção e expansão do TDO segundo a percepção dos profissionais de saúde da APS. Itacoatiara, Manacapuru, Parintins, Tabatinga, Tefé - AM, 2016

Legenda: Variáveis ativas: V31 – Necessidade de incorporação de outras instituições; V32 – Necessidade da elaboração de plano de cuidado; V33 – Impacto positivo das ações de sensibilização no TDO; V34- Criação de novas estratégias relacionadas ao TDO; V35- Desenvolvimento de ações intersetoriais para adesão ao TDO. Variáveis passivas: Municípios: M1 – Itacoatiara; M2 – Manacapuru; M3 – Parintins; M4 – Tabatinga, M5 – Tefé.

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Verifica-se que apesar da maioria dos profissionais considerarem a relevância da intersetorialidade para o controle da TB, esta ação não apresentou resposta favorável pela maioria dos profissionais nos municípios Itacoatiara e Parintins. A intersetorialidade é considerada como uma das ações eficazes para melhorar os atuais indicadores de saúde, ademais coopera para melhorar a qualidade de vida da população. Destaca-se a necessidade de que as ações intersetoriais estejam voltadas para a pessoa adoecida, família e comunidade, levando em consideração as dificuldades sociais e econômicas que caracterizam as pessoas com TB (SÁ et al., 2011).

Observa-se também que, apesar dos profissionais perceberem que ações de sensibilização da equipe são impactantes no desenvolvimento do TDO, a “criação de novas estratégias relacionadas ao TDO” apresentou avaliação não favorável, principalmente em Itacoatiara e Parintins. Para que o TDO seja consolidado como política de saúde para cooperar com o controle da TB, faz-se necessário lançar mão de estratégias que visem melhorar e/ou promover a adesão das pessoas com TB ao TDO.

Os discursos presentes nos recortes 37 a 41 estão relacionados às estratégias de sensibilização relacionadas ao TDO realizadas ou propostas pelos profissionais em diferentes condições de produção (municípios).

No discurso do enfermeiro do município de Itacoatiara (Recorte 37), observa-se que a posição-sujeito interpelada pela ideologia e pelo interdiscurso inscreve-se em uma formação discursiva que valoriza a orientação individual da pessoa adoecida, que inclui o acolhimento e o uso de figuras.

Recorte n. 37:

*E a partir daí (da entrada da pessoa adoecida para tratamento da TB) dou uma pequena palestra para ele, falo sobre a condição de saúde, mostro o que é, porque muitas pessoas elas não tem conhecimento daquilo, hoje mesmo eu tive, eu já peguei um paciente recidivo, ele fez, ainda agorinha eu estava atendendo ele, fez o primeiro tratamento e desistiu, devido a reação da medicação, ele fez o tratamento e desistiu e agora está sendo a segunda vez, aí eu faço acolhimento (...) dele, eu faço a pequena palestra, aí depois eu já relato no prontuário para ele ficar fazendo o tratamento direto observado (...) A gente na verdade trabalha com a educação em saúde para o paciente, a gente na verdade causa aquele impacto, né, no momento da palestra, eu gosto de mostrar bastante figuras, que é para o paciente realmente se conscientizar, se sensibilizar quanto a isso (...) *Aí, é um dos pontos positivos, né, palestra que nós utilizamos e também a sensibilização* (E1- município de Itacoatiara).*

As sequências discursivas “(...) dou uma pequena palestra para ele, falo sobre a condição de saúde, mostro o que é” e “não tem conhecimento daquilo” sugerem que a orientação é focada para uma determinada situação que urge do contato imediato com a pessoa adoecida.

Ainda no discurso do enfermeiro do município de Itacoatiara, as marcas linguístico-discursivas: “eu estava atendendo ele”; “faço acolhimento”, nessas condições de produção levam a pensar que a atuação do profissional de saúde contempla os componentes biológico, social e cultural, que constituem o cerne do ser humano. Este paradigma de atendimento integral direciona para um atendimento humanizado, o qual é considerado como a transição de um cuidado estritamente técnico para um cuidado de acolhimento e, para isso, é preciso que exista comunicação entre usuário e profissional e que este acolha e assegure as palavras expressas pelo outro (BERTACHINI, 2012; RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

A ação de fazer acolhimento, que é caracterizada em documentos oficiais com “a recepção do usuário no serviço de saúde, compreendendo a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário” (BRASIL, 2006, p.35) sugere a exploração de conteúdos que possam constituir os elementos da orientação individualizada: “eu faço a pequena palestra”.

O processo de acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (GARUZI et al., 2014) e tem sido identificado por vários autores como primeiro passo da integração da pessoa adoecida aos serviços de saúde e como princípio guia para o processo de trabalho centrado no paciente (GOULART et al.; 2013; BAIÃO et al., 2014). Nesse contexto, considerar o acolhimento e explorar a vivência da pessoa adoecida e suas necessidades como ponto de partida para educação em saúde constitui um aspecto que agrega valor positivo no TDO aos serviços de saúde.

A sequência linguístico-discursiva “A gente na verdade trabalha com a educação em saúde para o paciente” indicia um reconhecimento por parte do profissional de saúde da adequabilidade do arcabouço teórico normativo com as práticas cotidianas dos serviços de saúde do município. Nessas circunstâncias, compreende-se que trabalhar com a educação em saúde envolve teorias e práticas relacionadas ao conhecimento e ao processo saúde-doença, sendo que a construção desse conhecimento está elencada na interligação entre o saber instituído (saber científico) e o senso comum (vivência cotidiana), com a valorização do conhecimento prévio do usuário (BERNARDI et al., 2014). A prática da educação em saúde no cotidiano nas unidades de atenção primária tem potencial de contribuição para a manutenção e expansão do TDO.

Observa-se que a posição-sujeito afetada pela ideologia inscreve-se em uma formação discursiva que entende o impacto causado pela informação como capaz de incentivar a co-participação da pessoa adoecida no processo de tratamento e na promoção do seu autocuidado: “causa aquele impacto, né”. A ação de causar impacto indicia, de certa forma, a falta de informação sobre a gravidade da doença por parte da pessoa com TB. Por outro lado, indicia que o profissional focaliza em seu discurso a gravidade que se constitui a TB e as complicações que a mesma pode trazer para a pessoa adoecida e para a população, caso não seja realizado um tratamento adequado. Ressalta-se a necessidade de políticas de educação em saúde para a comunidade em geral, em que se incluam assuntos sobre a TB, sua gravidade e

complicações e a relevância da participação do usuário e família no processo de tratamento e no TDO e da comunidade no controle da doença.

As figuras ilustrativas que são apresentadas na orientação indiciam uma representação da realidade que a pessoa adoecida está vivendo. Nesse sentido, a preferência pelo uso das figuras nas palestras explica-se pelo fato de que as imagens tendem a perdurar mais na consciência em relação aos significantes, que fazem parte do inconsciente, enquanto estruturação da linguagem (LACAN, 2005). Essa forma de orientar e informar pode ser considerada como importante instrumento na abordagem a pessoas com TB, visto que a maioria apresenta baixo grau de escolaridade, o que dificulta a leitura, urgindo, assim, a necessidade do uso de outras estratégias educativas que favoreçam a compreensão.

O signifiante “sensibilizar” indicia o cuidado do profissional em atrair o indivíduo como aliado e ator principal no processo de tratamento. A literatura destaca que as ações educativas devem estar centradas na sensibilização da pessoa adoecida tanto em relação ao processo doença-organismo quanto doença-sociedade (SANTOS et al., 2015).

No plano coletivo, as palestras engendradas pelos profissionais de saúde para a comunidade e usuários do serviço são descritas como estratégias utilizadas para fortalecer o TDO. Nesse contexto, o sujeito ACS3 (Recorte n.38) menciona a realização de palestras com a comunidade e E2 (Recorte n.39) com os usuários do serviço:

Recorte n. 38:

(...) hoje é o dia D, aí a gente se reúne aqui, aí vem o pessoal da comunidade, aí eles vem e têm aquelas palestras, aquelas orientação tudinho, mais isso acontece de tempo em tempos, mais assim de ter uma, acho que foi o mês passado ou retrasado que o pessoal veio, o da TB, aí a gente fez (palestra), tirou umas dúvidas aqui, a respeito da doença em si modo de tratamento e tal, foi legal (ACS3 – município de Tabatinga).

Recorte n. 39:

(...) Dentro da UBS, então existe uma escala de palestras, onde eu pego os funcionários e boto para palestrar sobre os temas que a gente desenvolve e dentre eles a TB e o TDO estão envolvidos. Nos dias que esses pacientes estão alocados na recepção e, então a gente pega eles (funcionários) e palestra para eles (pacientes), então eu tiro como bom (...) e satisfatório o envolvimento da equipe por causa disso, porque a nossa equipe sabe, assim, não muito aprofundado, mas o básico que o ACS deve saber, o básico que o técnico de Enfermagem deve saber, a equipe de Enfermagem e médica, o que deve, e como deve proceder, assim, então, eu acho que é satisfatório (E2 – município de Manacapuru).

Sinaliza-se que o sujeito ACS3 tomando a posição de profissional enuncia a metáfora “o dia D”, que produz sentido do dia e do momento em que as palestras são realizadas para a comunidade. É importante salientar que o significante “dia D”, no interdiscurso, remonta ao ataque feito na Segunda Guerra Mundial na cidade de Normandia, na França, que foi extremamente impactante para a população local, implicando a vitória para os aliados e a derrota de outros (TRAVASSOS et al., 2015). Supõe-se, assim, na interpretação da doença, que as pessoas adoecidas e o serviço de saúde são aliados que se unem para combater a doença.

A sequência discursiva “o pessoal veio, o da TB, aí a gente fez (palestra)”, demonstra a participação da coordenação de TB nas ações educativas nesse município, ainda que não seja de forma contínua. Vale ressaltar a necessidade do empoderamento dos profissionais de saúde para atividades de sensibilização às pessoas com TB, independentemente da participação da Secretaria ou do governo. Esse empoderamento denotará iniciativa de desenvolver intervenções na prática profissional e, com isso, o interesse de programar e realizar estratégias consonantes com a educação em saúde gerando conhecimento, o que é de extrema importância para o controle da TB (MATOS; VIEIRA; FRANCO, 2015).

A ação de tirar dúvidas em relação à doença e ao tratamento com a comunidade, ainda que realizada de “tempo em tempo”, constitui-se em importante estratégia que pode gerar impactos positivos para sensibilização da pessoa adoecida em relação à TB e sua realização deve ser incentivada por gestores e profissionais. A literatura tem apontado que as políticas educacionais voltadas para saúde da comunidade têm demonstrado sua eficácia (BONETTI; ODEH; CARNEIRO, 2014) e as práticas de educação em saúde promovem o conhecimento nos momentos de espaços de diálogos entre profissionais e usuários (SILVA et al., 2015b). Sublinha-se que a realização de atividades educativas junto às pessoas adoecidas e comunidade constitui-se em atribuição dos profissionais de saúde que atuam na APS (BRASIL, 2011a).

Em relação ao discurso do enfermeiro do município de Manacapuru (Recorte 39), as sequências discursivas “existe uma escala de palestras”; “sobre os temas que a gente desenvolve e dentre eles a TB e o TDO estão envolvidos” enunciam a presença de uma pauta programada para realização de palestras. Levando em consideração as condições de produção que permeiam o processo de trabalho na APS no estado do Amazonas, as mesmas sequências discursivas sugerem que a temática da TB e do TDO são palestradas no dia programado para o atendimento das pessoas com TB.

As sequências discursivas “nos dias que esses pacientes estão alocados na recepção”; “palestra para eles” produzem sentido da preocupação do profissional em incluir todas as pessoas que estão presentes naquele momento e aproveitar os espaços coletivos para sensibilizar as pessoas sobre diferentes temas, incluídos a TB e o TDO. A palestra na sala de espera constitui-se em uma estratégia que destaca a motivação do profissional na permanente sensibilização dos usuários do serviço quanto às suas necessidades.

Ainda em relação ao recorte E2, nota-se que as sequências discursivas “eu pego os funcionários e boto para palestrar”; “nossa equipe sabe”; “o básico que o ACS deve saber, o básico que o técnico de enfermagem deve saber, a equipe de Enfermagem e médica” sugerem que todos os profissionais de saúde participam e têm uma formação mínima para realizar as palestras às pessoas que procuram o serviço. Outrossim, observa-se nas entrelinhas dessas sequências o envolvimento da equipe dos serviços de saúde como de extrema importância nas atividades educativas na APS. A literatura mostra que o trabalho em equipe, além de ser efetivo no tratamento da doença, cria uma coesão entre os profissionais envolvidos, facilitando dessa forma todo o atendimento e deixando a pessoa adoecida atendida de forma satisfatória (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009).

O discurso do sujeito enfermeiro do município de Parintins (Recorte 40), nas condições de produção existentes, inscreve-se em uma formação discursiva que entende a pessoa adoecida como o elemento primordial no processo da cura e aponta a roda de conversa como uma estratégia para sensibilizar para a tomada da medicação.

Recorte n. 40:

Bom, as estratégias que a gente usa é, sensibilizar o próprio paciente de que ele é importante, de que (...) a grande importância desse grande tratamento depende principalmente dele, nós observamos, (...) assistimos esse paciente, porém ele tem que entender que a responsabilidade primeiramente é dele. Então a gente tem que sensibilizar e saber que ele tem que tomar a medicação todos os dias para que ele venha a ser curado. Então (...), ele tem que entender que ele precisa tomar a medicação todo dia, então geralmente a gente faz o seguinte, a gente tem como se fosse uma roda de conversa, o paciente, médico e agente de saúde, onde a gente faz justamente isso. A gente faz o paciente entender que ele precisa tomar e que o ACS vai estar lá todos os dias na casa dele, ou o ACS ou enfermeiro e se necessário o médico, se não tiver, um profissional cobre o outro, ele vai estar todo dia na casa dele(...)(E4 – município de Parintins).

Observa-se que o discurso acima é marcado por processos parafrásticos que frisam a necessidade imperativa do profissional enfermeiro em garantir a ingesta do medicamento pelo indivíduo. A sequência discursiva “a grande importância desse grande tratamento depende principalmente dele” indicia que a ingesta do medicamento ocorre à medida que a pessoa entende a importância do tratamento. Nesse sentido, o enfermeiro permeia seu trabalho em um plano coletivo, criando uma estratégia de aproximação e de valorização das ações por meio do envolvimento de outros profissionais como o ACS e o médico, para que assim sensibilize a pessoa e aumente a possibilidade da sua corresponsabilidade no processo de tratamento. Estudo anterior aponta que o diálogo e a co-reponsabilização da pessoa adoecida favorecem o cuidado integral às pessoas com TB e devem ser implementadas no âmbito da APS (SÁ et al., 2011).

Vale destacar que, embora na memória discursiva, os significantes “sensibilizar” e “roda de conversa” remetam ao acolhimento e inclusão do indivíduo ao processo de tratamento, nas condições de produção a que foram enunciados restringem a ação apenas a medicalização, tendo como foco a doença, não apresentando marcas linguísticas que evidenciem a preocupação com o indivíduo além da esfera biológica. A roda de conversa deveria ser um momento não apenas para convencer a pessoa a tomar a medicamento, mas também para um maior entendimento da realidade da mesma, compreendendo seus medos, dúvidas e dificuldades, além de ser um momento para troca de experiências entre os profissionais e as pessoas adoecidas.

A sequência discursiva “nós observamos, (...) assistimos esse paciente” sugere que a tarefa do profissional se resume apenas em observar a ingesta do medicamento pela pessoa adoecida. Nesse sentido, importa acentuar que o TDO não se resume apenas à ação de observação, o TDO é o momento propício para acolhimento e criação de vínculos (FRIEDEN; SBARBARO, 2007, SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012) e, no caso da maioria dos municípios do estado do Amazonas, em que o TDO é domiciliar, é o momento para conhecer a realidade da pessoa adoecida e assim planejar ações que atendam à singularidade do indivíduo. Frente ao exposto, enfatiza-se que a sensibilização, a co-responsabilização da pessoa adoecida e profissional de saúde e o diálogo são elementos importantes para o sucesso do TDO.

O sujeito E5, do município de Tabatinga, aponta a necessidade da construção de materiais de divulgação adequados à realidade local como outra estratégia para sensibilização da pessoa com TB para aderir o tratamento, como pode se observar no recorte seguinte:

Recorte n. 41:

O tratamento diretamente observado é a gente ter, a construção (elaboração) realmente de materiais de divulgação diretamente para o TDO, panfletos de TDO, utilização de uma linguagem bem facilitada para a população de Tabatinga, área indígena, o que é o TDO? Como deve ser feito? Quem é que faz? Quem vai acompanhar direitinho? A finalidade do TDO, que fica um panfleto que muitas vezes é para profissional de saúde, mas não é para a população. Eu vejo o panfleto, eu entendo o que o panfleto quer dizer, mas a população, a pessoa leiga que está olhando né, já não vê tão facilitado assim, já não consegue ver a importância do agente comunitário e dos profissionais de saúde na recuperação e tratamento dele ali, da cura da tuberculose (...) é importante a gente fazer um material divulgativo municipal, nosso, que já comece a identificar, o agente, a foto do agente mesmo, nosso, para trabalhar, nossa esse é o fulano, ele é o meu agente, ou ele o agente do Tancredo ou do Brilhante, olha pessoal daqui, oh, é ele que eu tenho que procurar, começar a envolver, em vez de a gente está usando pessoa de fora, que ninguém conhece, então eles vão se interessar mais, olhar, ler, observar, então integrar realmente a população com a unidade básica de saúde (E5- município de Tabatinga).

A mobilização das condições de produção é bem registrada no enunciado do sujeito E5: “O tratamento diretamente observado é a gente ter a construção (elaboração) realmente de materiais de divulgação, panfletos de TDO, utilização de uma linguagem bem facilitada para a população de Tabatinga, área indígena, (...)”. Esses dizeres (d)enunciam a necessidade da produção e integração de material informativo sobre a TB nos municípios que sejam elaborados contemplando as características socioculturais, visando facilitar a compreensão sobre a TB.

Registra-se que o Amazonas é um estado marcado pela multiculturalidade, dividindo fronteiras internacionais com a Venezuela, Colômbia e Peru, concentrando a maior parte da população indígena do país (BELO et al., 2013), além de possuir muitas comunidades ribeirinhas espalhadas às margens dos rios e igarapés, sendo importante um olhar diferenciado para as singularidades de cada grupo ou indivíduo. Ressalta-se que a transferência de qualquer política de saúde que não leve em conta as singularidades locais se manterá distante dos objetivos e metas.

Os significantes “área indígena” sugerem a aplicação de uma política focalizada para este grupo populacional, uma vez que se trata de um grupo especial devido à sua natureza, pois são populações que possuem uma cultura e noção de território diferentes dos demais

municípios (RIOS, 2013), impelindo para o seu tratamento o conhecimento dos valores, crenças, hábitos e costumes por parte do profissional de saúde.

Segundo Rios et al. (2013), municípios que possuem populações indígenas apresentam dificuldades na execução das ações de controle da TB para essa população, especialmente os de regiões de fronteira, pois a elaboração e realização das estratégias de controle não dependem de um único país, e sim da integração de todos os que possuem fronteira em comum. Para tanto, o discurso em análise deixa evidente a preocupação dos serviços de saúde em olhar esse grupo de forma especial. Nesse sentido, a especificidade desse grupo aponta para a importância de treinamento constante dos profissionais de saúde, não só sobre o TDO, mas de como lidar com esse grupo específico.

Outro aspecto trazido por E5 é a necessidade de adequação da linguagem em função do nível de conhecimento das pessoas: “mas a população, a pessoa leiga que está olhando né, já não vê tão facilitado assim, já não consegue ver a importância do agente comunitário e dos profissionais de saúde na recuperação e tratamento dele”. Esses dizeres deixam evidente a necessidade de adaptação constante dos materiais para educação em saúde. Nesse contexto, observa-se o reconhecimento do sujeito na importância de elaboração de material divulgativo do município com aspectos estritamente locais. Estudos anteriores têm reconhecido que a educação em saúde que envolve os aspectos socioculturais locais pode levar a um conhecimento eficiente sobre o tratamento (HORTA et al, 2009; BEZERRA et al., 2014).

Ainda a sequência discursiva “*é importante a gente fazer um material divulgativo municipal, nosso*” sugere que o profissional compreende a necessidade de adequação do material educativo fornecido pelo MS conforme a realidade local e portanto (d)enuncia indiretamente a pouca contribuição dos materiais que não levem em consideração essa característica. Ainda, estes dizeres chamam atenção dos gestores para investir na elaboração de materiais próprios do município.

Verificou-se que os profissionais de saúde consideram que ações de sensibilização impactam positivamente no TDO, contudo ficou evidente a dificuldade dos profissionais em inovarem suas ações em relação ao TDO. Foram identificadas pelo discurso dos profissionais importantes propostas como a realização de orientações individuais e coletivas; acolhimento; educação em saúde; utilização de figuras; roda de conversa e elaboração de materiais de acordo com a singularidade do indivíduo. Destacam-se também dizeres que produzem sentido da forte focalização na medicalização do cuidado e no TDO como ação restrita a observação da tomada da medicação.

5.3 Limitação do estudo

Uma possível limitação desse estudo seria o fato de considerar a percepção dos profissionais de saúde para a análise das ações relacionadas ao TDO, haja vista, que isto poderia influenciar nos resultados seja pela sua satisfação ou pela forma como os mesmos percebem e se apropriam do TDO. Entretanto, ressalta-se que os profissionais de saúde são atores importantes no processo de transferência das políticas de saúde, sendo imprescindível a compreensão desses aspectos por meio desses sujeitos.

5.4 Implicações para a Pesquisa e Prática de Enfermagem

Essa pesquisa contribui substancialmente tanto para a Pesquisa quanto para a Prática de Enfermagem.

Em relação à Pesquisa, esse estudo traz importantes contribuições teóricas e metodológicas como o referencial teórico de TP, o referencial teórico-metodológico de AD e o modelo de estudo misto paralelo convergente. Tais teorias e métodos podem despertar e direcionar outros estudos na área de Enfermagem e ajudar a compreender melhor as políticas de saúde implementadas nos serviços. Além disso, a fusão dos dados quantitativos e qualitativos por meio de um modelo paralelo convergente permite um aprofundamento em relação ao objeto de estudo, sendo uma tendência recente e inovadora que permite assegurar a integralidade e triangulação dos resultados.

Em relação a prática de Enfermagem, o enfermeiro possui papel protagonista nos serviços de saúde, não sendo diferente em relação ao controle de agravos à saúde como a TB. A Enfermagem tem se mostrado como detentora de um discurso legítimo sobre as questões relacionadas à assistência às pessoas com TB, com grande experiência no controle da mesma, tanto no ambiente hospitalar quanto na APS, envolvendo a prevenção, o tratamento e a formação de recursos humanos para atuar frente à doença (OBLITAS et al., 2010; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013; CAVALCANTE; SILVA, 2016).

Na transferência de políticas de controle de qualquer agravo, o enfermeiro desempenha importante papel, seja na fase de introdução da política no contexto local, no processo de aprendizagem e troca de conhecimentos, na persuasão de outros atores, na tomada de decisão, implementação e expansão, sendo imprescindível que os estudos envolvendo tais políticas contemplem esses profissionais.

Nesse sentido, destaca-se que os discursos dos enfermeiros e ACS sinalizaram para a realização de estratégias para sensibilizar a pessoa adoecida a aderir ao tratamento e ao TDO, fazendo uso da sua própria habilidade de comunicação e alteridade, vide: orientações individuais; acolhimento; utilização de figuras; roda de conversa, palestras para comunidade e usuários do serviço e elaboração de materiais de acordo com a singularidade do indivíduo. Tais estratégias podem ser pensadas e inseridas no processo de trabalho do enfermeiro como forma de melhorar e qualificar a atenção às pessoas com TB.

Além disso, o estudo identificou dificuldades no processo de atenção à pessoa com TB que podem direcionar os enfermeiros e os demais profissionais a melhorar a sua prática por meio de um cuidado contextualizado à realidade de cada pessoa adoecida, o que se aplica tanto na atenção à TB quanto em outros agravos.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta a TP do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose em sua fase de manutenção e expansão nas unidades de Atenção Primária em Saúde dos municípios prioritários do estado do Amazonas. Os resultados oriundos da análise quantitativa permitiram identificar:

- Na avaliação geral das ações de transferências do TDO os municípios de Itacoatiara e Parintins e a categoria profissional técnico de enfermagem apresentaram as avaliações menos favoráveis e associação estatisticamente significante;
- Houve diferenças na avaliação da transferência do TDO por domínios. As avaliações menos favoráveis foram observadas nas “ações da gestão”, “ações da equipe de saúde”, “recursos para o desenvolvimento do TDO”, “prática do TDO” e “percepção sobre estratégias para melhorar o TDO”;
- Na análise das ações dos domínios com resultados da avaliação de TP do TDO menos favoráveis, identificou-se: uma estrutura deficitária e escassez de recursos humanos; uma assistência que não inclui a pessoa adoecida nas decisões do seu processo de cuidado e não estimula sua autonomia; a não inclusão de recursos comunitários e outras estratégias para promover a adesão da pessoa com TB ao TDO. Observou-se, ainda, a necessidade de treinamentos e integração/interação entre a gestão e equipe, além da criação de novas estratégias relacionadas ao TDO;
- Os municípios Itacoatiara e Parintins apresentaram avaliações menos favoráveis que Tabatinga, Manacapuru, e Tefé, revelando uma heterogeneidade no desenvolvimento das ações relacionadas ao TDO.

Vários sentidos foram produzidos pelo discurso dos profissionais de saúde, dos quais se destacam os que sinalizaram as dificuldades na execução do TDO: falta de adequabilidade do espaço físico; *déficit* na disponibilização de medicação; dificuldades para o deslocamento dos recursos humanos responsáveis do TDO devido à falta de transporte; a escassez de recursos humanos; a necessidade de adaptação do TDO à realidade local; a não priorização do programa de TB nas discussões devido à complexidade que permeia a APS; a falta de participação do profissional médico nas discussões devido à alta rotatividade desses profissionais no estado; as dificuldades econômicas, sociais e culturais da pessoa adoecida que dificultam o processo de tratamento; duração prolongada da medicação; dificuldade dos

profissionais em lidar com as características e condições individuais de cada pessoa adoecida, e de elaborar estratégias que possam promover a adesão da pessoa adoecida ao tratamento; a falta de treinamentos e a falta de compartilhamento de conhecimento dos que participaram do treinamento para os que não puderam participar. Todos esses aspectos influenciam no sucesso da TP do TDO e pode gerar impacto negativo nos indicadores epidemiológicos da doença.

Vale destacar que embora os municípios Tefé, Manacapuru e Tabatinga tenham apresentado resultados mais favoráveis na avaliação geral e por domínios das ações de TP do TDO, observou-se que todos os municípios precisam avançar e investir na manutenção e expansão do TDO, pois ainda apresentam dificuldades e desafios a serem superados pelo sistema de saúde.

Assim, torna-se importante envidar esforços para o fortalecimento das ações de controle da TB, sendo urgente a necessidade de maior mobilização dos gestores para garantir investimentos em infraestrutura adequada, disponibilização de materiais educativos e recursos humanos suficientes, além de investir na qualificação e capacitação dos profissionais, bem como no fornecimento dos subsídios necessários para que os mesmos prestem uma assistência qualificada às pessoas com TB.

É importante assinalar que a adaptação do TDO conforme a realidade local e a inserção de estratégias para melhorar essa prática podem contribuir para a manutenção e expansão do TDO e, conseqüentemente, para o sucesso da transferência do mesmo.

Diante das singularidades das pessoas com TB, considera-se a necessidade da elaboração e inclusão de Projetos Terapêuticos Singulares na atenção às pessoas com TB, objetivando atender o indivíduo nas suas especificidades, compreendendo que as pessoas adoecidas são e respondem de formas distintas, o que se constitui em principal desafio em serviços em que ainda predomina a doença como centro do cuidado.

O estudo contribuiu para avançar no conhecimento da TP voltadas para o controle da TB, e que pode ser aplicável no controle de outras doenças com características semelhantes que ainda fazem parte das listas de prioridades. Permitiu compreender que o TDO precisa avançar em sua configuração em cenários heterogêneos, com diversidade populacional, que demandam ações específicas, como no caso da população indígena, fronteiriça, entre outras. Assim, é indispensável a realização de intervenções eficazes no âmbito político, administrativo, organizacional e social que contemplem cada município de acordo com sua realidade econômica e sociocultural e cada indivíduo em sua singularidade, considerando os determinantes sociais de saúde.

Contribui ainda como um diagnóstico situacional das ações inerentes à manutenção e expansão do TDO executadas nos municípios estudados, o que pode direcionar para a tomada de decisões de como qualificar ou reconfigurar o TDO, pois entende-se que minimamente em locais onde o controle da TB é prioridade, o TDO deve ser mantido e ampliado de acordo com a realidade local.

Reconfigurar e potencializar o TDO pressupõe reconhecer que a atenção à saúde não é isolada do espaço social em que o indivíduo está inserido e cada espaço possui suas características próprias, aspectos importantes para o sucesso de políticas voltadas para o controle de doenças.

Finalmente, antes de pensar no lançamento de outras tecnologias e estratégias, é recomendável a realização de pesquisas sobre a TP do TDO na atual fase de manutenção e expansão em contextos locais, de forma a aperfeiçoá-la em todos os níveis de atenção, do local para o global. Os resultados deste estudo instigam ainda para pesquisas sobre a temática considerando outros atores, tais como os gestores e pessoas adoecidas. Acredita-se que a estudo do processo de TP do TDO por meio da tríade: profissionais de saúde, pessoas com TB e gestores ajudaria a compreender a complexidade que envolve o tratamento da TB de forma a direcionar ações que visem melhorar o processo de tratamento e consequentemente cooperar para o controle da TB. Seriam interessantes também estudos de intervenção sobre a inserção de novas estratégias que visem o fortalecimento do TDO, como as citadas pelos participantes deste estudo. Tais propostas poderiam ajudar ao alcance das ousadas metas propostas pela Estratégia End TB de eliminar a TB até 2050.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A.C.E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**. v. 15, n. 1, p. 158-65, 2014.
- AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. **IEEE Transactions on Automatic Control**, v. 16, n. 6, p. 716-723, 1974.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. Trad. J.J. Moura Ramos. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1974.
- ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, 2005.
- ARNADOTTIR, T. **Tuberculosis and Public Health: Policy and Principles in Tuberculosis Control**. Paris, França: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009.
- ASSIS, E.G. **A transferência da política do tratamento diretamente observado em diferentes níveis de gestão para o controle da tuberculose**. 205 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil Municipal Itacoatira, Manacapuru, Parintins, Tabatinga e Tefé – Amazonas**. Rio de Janeiro, RJ: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil>>. Acesso em: 15 nov. 2016
- BAIÃO, B.S. et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do distrito federal, Brasil. **Rev. APS.**, v. 17, n. 3, p. 291-302, 2014 .
- BARRETO, A.J.R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.
- BARRETO, A.J.R. et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 847-53, 2013.
- BARROSO, E.C. et al. Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. **J Pneumol.**, v. 29, n. 6, p. 350-57, nov./dez. 2003a.
- BARROSO, E.C. et al. Fatores de risco para tuberculose multirresistente adquirida. **J Pneumol.**, v. 29, n. 2, p. 89-97, mar./abr. 2003b.
- BELO, E.N. et al. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Revista Panamerica de Salud Publica**, v. 34, n. 5, p. 321–329, 2013.

- BENEVIDES, G.; BRESCIANI, L.P.; SANTOS JUNIOR, D. A dinâmica da inovação: mecanismos de articulação na região metropolitana de campinas. **G&DR.**, v. 12, n.1, p. 410-37, 2016.
- BENNETT, C. Review article: what is policy convergence and what causes it? **British journal of political science**, v. 21, n. 2, p. 215-233, 1991.
- BERNARDI, L.S.A. et al. Percepção e utilização da educação em saúde para o uso racional de medicamentos por médicos. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 27, n. 4, p. 485-494, 2014.
- BERTACHINI, L. Á Therapeutic communication as a factor for humanizing Primary Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2012.
- BEZERRA, et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 24, n. 3, p. 255-62, 2014.
- BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **International journal of tuberculosis and lung disease**, Paris, v. 15, n. 9, p. 1140–1148, 2011.
- BOCCIA, D. et al. Towards cash transfer interventions for tuberculosis prevention, care and control: key operational challenges and research priorities. **BMC Infectious Diseases**, v.16, 307, 2016.
- BONETTI, O.O.; ODEH, M.M.; CARNEIRO, F.F. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. **Interface Comunicação saúde educação**, v. 18, p. 1413-1426, 2014. Supplement 2.
- BRANDÃO, H.H.N. **Introdução a Análise do Discurso**. 3.ed.rev. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Nota Técnica do DAB**. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: nov. 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose: diretrizes do Plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v.47, n.13, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no período de 2001 a 2005**: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª edição revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação geral de doenças endêmicas. **Plano Estratégico para o controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Plano Nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRITO, L.A.N. **Discurso, Leitura e produção textual**: uma análise discursiva da escrita de pré-universitários. 2011. Tese (doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2011.

BROWN, G.W. Norm diffusion and health system strengthening: The persistent relevance of national leadership in global health governance. **Review of International Studies**, v. 40, p. 877–896, 2014.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na Atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 176-82, 2009.

BRYMAN, A. Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 1, p. 8-22, 2007.

BURNHAM, K.P.; ANDERSON, D.R. **Model selection and multimodel inference**: a practical information-theoretic approach. New York: Springer, 2002.

- 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. 4347, 2012.
- CAMBAU, E.; DRANCOURT, M. Steps towards the discovery of Mycobacterium tuberculosis by Robert Koch, 1882. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 20, n. 3, p. 196-201, 2014.
- CANTALICE FILHO, J.P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 10, p. 992-997, 2009.
- CARDOSO, G.C.P. et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 203-10, 2012.
- CARNEIRO, E.A. **O Discurso Fundador do Acre: heroísmo e patriotismo no último oeste**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Letras da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2008.
- CARNEIRO, V.C.V. A Análise do Discurso como instrumento de pesquisa para os estudos em Sustentabilidade. **III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**. João Pessoa/PB, 20-22 de novembro de 2011.
- CARRYL, J.A.M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R.M.N. Programa Mais Médicos. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 2, 2016.
- CAVALCANTE, E.F.O.; SILVA, D.M.G.V. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.25, n.3, p. 1-10, 2016.
- CAZARIN, E.A. Gestos interpretativos na configuração metodológica de uma FD. **Organon**, Porto Alegre, v. 24, n. 48, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/28642>>. Acesso em 20 Nov. 2016.
- CHAN, E.D.; ISEMAN, M.D. Current medical treatment for tuberculosis. **BMJ**, v. 325, n. 7375, p. 1282–6, 2002.
- CHAUDHRY, L.A. et al. Low rate of non-compliance to anti tuberculosis therapy under the banner of directly observed treatment short course (DOTS) strategy and well organized retrieval system: a call for implementation of this strategy at all DOTS centers in Saudi Arabia. **Pan African Medical Journal**. v. 22, n. 1, p. 267-271, 2015.
- CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2.ed. São Paulo: Braziliense, 2008.
- CHEN, X. et al. The DOTS strategy in China: results and lessons after 10 years. **Bulletin of the World Health Organisation**, v. 80, n. 6, p. 430–6, 2002.
- CIOBANU, A. et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? **Public Health Action**. v. 4, p. 4S59–S63, 2014. Supplement 2.

CLIFF, J.; WALT, G.; NHATAVE, I. What's in a Name? Policy Transfer in Mozambique: DOTS for Tuberculosis and Syndromic Management for Sexually Transmitted Infections. **Journal of Public Health Policy**. v. 25, n. 1, p. 38-55, 2004.

COLVIN, C.J. et al. Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 19, n. 11, p. 1326–1338, 2015.

COMMON, R. Organisational learning in a political environment: improving policymaking in UK government. **Policy studies**, v. 25, n. 1, 2004.

COMMON, R. **Public management and policy transfer in Southeast Asia**. Aldershot: Ashgate. 2001.

CONFALONIERI, U.E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estudos Avançados**, v. 19, n. 53, Apr. 2005.

COSTA, S.M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

COURTINE, J.J. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereçados aos cristãos**. São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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

CRUZ, M.M. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p. 217-242, 2012.

CUNHA, N. V. et al . Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 251-264, 2015.

DANGISSO, M.H.; DATIKO, D.G.; LINDTJORN, B. Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in Southern Ethiopia. **Global Health Action**, v.8, 2015.

DAVIES, H. et al. **What works? Evidence-based policy and practice in public service policy**. Bristol: Policy Press. 2000.

DISTEFANO; M.J.; SCHMIDT, H. mHealth for Tuberculosis Treatment Adherence: A Framework to Guide Ethical Planning, Implementation, and Evaluation. **Glob Health Sci Pract.**, v. 4, n. 2, p. 211-21, 2016.

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

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Learning from Abroad: the Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making, **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5–24, jan. 2000.

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

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

DORNELAS, C.C.; ASSOLINE, F.E.P. A discursivização do feminino e suas relações com a docência: memória e atravessamentos discursivos. **Entremeios: revista de estudos do discurso.**, v. 12, jan./jun. 2016.

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

EVANS, M.; CERNY, P.G. Globalisation and public policy under New Labour. **Policy studies**, v. 25, n. 1, p. 84-107, 2004.

EVANS, M ;DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, v. 77, n. 2, p. 361-385, 1999.

EVANS, M. **New Directions in the Study of Policy Transfer**. Taylor & Francis, 2010.

FARIAS, A.S. et al. **Tratamento Diretamente Observado para tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. In: KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; FONSECA, R.M.G.S. (Org.). *PROENF: Atenção Primária e Saúde da Família*. 3.ed.Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, v. 3, p. 99-121.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun. 2013.

FERNANDES, C.A. **Análise do discurso: reflexões introdutórias**. São Carlos, SP: Editora Claraluz; 2008.

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

FERRAUDO, A.S. **Técnicas de análise multivariada: uma introdução**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Jaboticabal, SP, 2014.

FISEHA, D.; DEMISSIE, M. Assessment of Directly Observed Therapy (DOT) following tuberculosis regimen change in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. **BMC Infect Dis**, v.15, 2015.

- FERREIRA, C.F. et al. Organização Mundial da Saúde (OMS). **SINUS 2014: Compartilhando responsabilidades na promoção da justiça 2014**. Disponível em: < <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>> . Acesso em: 15 Nov. 2016.
- FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS, UNIFESP, 2012.
- FLEURY, S.; OUVÉRY, A.M. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FRANCO, C.; ZANETTA, D.M.T. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 244-52, 2004.
- FRIEDEN, T.R.; SBARBARO, J.A. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 5, 2007.
- GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. S214-S226, 2007. Supplement 2.
- GADET; F.; HAK, T. **Por uma análise automática do discurso: Uma introdução a Obra de Michel Pêcheux**, 3.ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1997.
- GARCIA, G. G. Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Revista Panamericana de Salud**, v. 9, n. 6, p. 406-412, 2001.
- GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 158-172, 2014.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.
- GOMES, A.M.T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **R Enferm UERJ**, v. 14, n. 4, p. 620-6, 2006.
- GOMES, M.F.P.; MENDES, E.S.; FRACOLLIC, L.A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 27-33, 2016.
- GOMES, N.M.F. et al. Differences Between Risk Factors Associated with Tuberculosis Treatment Abandonment and Mortality. **Pulm Med**, p. 1-8, 2015.

GONZALES, R.I.C. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-634, 2008a.

GONZALES, R.I.C. et al. 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.

GOULART, C.B. et al. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 91-96, 2013.

GREENER, I. Social learning and macroeconomic policy in Britain. **Journal of public policy**, v.21, p. 133-52, 2001.

IPC-IG. Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Perfil da pobreza: Norte e Nordeste rurais**, 2016.

HARRIES, A.D. et al. The HIV-associated tuberculosis epidemic—when will we act? **Lancet**, v. 375, n. 9729, 2010.

HEUFEMANN N.E.C.; GONÇALVES, M.J.F.; GARNELO, M.L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazonica**. v. 43, n. 1, p. 33-42, 2013.

HIJJAR, M.A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.41, p. 50-58, 2007. Supplement 1.

HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3. p. 293-301, 2009.

IKENBERRY, J.G. **The international spread of privatisation policies: inducements, learning and policy bandwagoning**. In: E. Suleiman and J. Waterbury, eds. *The political economy of public sector reform*. Boulder: Westview Press; 1990.

INDURSKY, F.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Michel Pêcheux e a Análise do Discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Clara Luz, 2005.

INFANTOSI, A.F.C.; COSTA, J.C.G.; ALMEIDA, R.M.V.R. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 473-486, mar. 2014.

JASMER, R. M. et al. Tuberculosis Treatment Outcomes: Directly Observed Therapy Compared with Self-administered Therapy. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 170, n. 5, p. 561-566, 2004.

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

- KINGSLEY, U. et al. From DOTS to the Stop TB Strategy: DOTS coverage and trend of tuberculosis notification in Ebonyi, southeastern Nigeria, 1998 – 2009. **PanAfrican Medical Journal**. v. 9, 2011.
- LACAN J. **Nome do pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- LAVÔR, D.C.B.S.; PINHEIRO, J.S.; GONÇALVES M.J.F. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 245-252, 2016.
- LOE, R.C. et al. Policy Transfer Among Regional-Level Organizations: Insights from Source Water Protection in Ontario. **Environmental Management**, v. 58, n. 1, p. 31–47, jul. 2016.
- LONNROTH, K.; RAVIGLIONE, M. The WHO's new End TB Strategy in the post-2015 era of the Sustainable Development Goals. **Trans R Soc Trop Med Hyg.**, v. 110, p.148–150, 2016.
- LOWY, M. **Ideologia e Ciência Social**. São Paulo: Cortez, 1985.
- MAINGUENEAU, D. Análise do Discurso: a questão dos fundamentos. **Cad. Est. Ling.**, v.19, p. 65-74, jul./dez. 1990.
- MAINGUENEAU, D. **Discurso e análise de discurso**. 1 ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2015
- MAJONE, G. Cross-national sources of regulatory policy-making in Europe and the United States. **Journal of public policy, Cambridge**, v. 11, p. 79-106, 1991. Disponível em: < Cross-national sources of regulatory policy-making in Europe and the United States >. Acesso em: 20 Set. 2014.
- MATOS, J.A.V.; VIEIRA, L.S.; FRANCO, L.M.C. O impacto do gerenciamento da informação em saúde no exercício da enfermagem brasileira no período de 2004-2009. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 752-760, 2015.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MAZZOLA, R.B. **Análise do discurso: um campo de reformulações**. In: MILANEZ, N.; SANTOS, J.J. **Análise do discurso: objeto, sujeitos e olhares**. Coleção Discursividade. São Carlos: Claraluz, 2009.
- MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012
- MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.

- MONSARRAT, P. et al. Interrelationships in the Variability of Root Canal Anatomy among the Permanent Teeth: A Full-Mouth Approach by Cone- Beam CT. **Plos one**, v. 11, n. 10, 2016.
- MUSSI, C.C. et al. Network For Knowledge Transfer And Innovation. **RPCA**, v. 7, n. 4, p. 77-97, 2013.
- NARZETTI, C. As linhas de análise do discurso na França nos anos 60-70. **RevLet – Revista Virtual de Letras**, v. 2, n. 2, 2010.
- NASCIMENTO, A. et al. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1161-1172, jun. 2013.
- NDEIKOUNDAM NGANGRO, N. et al. Evaluation des facteurs associes aux abandons du traitement antituberculeux au Tchad. **Médecine et Santé Tropicales**, v. 23, n. 1, p. 60-5, 2013.
- NEVES, C. et al. Análise do Índice de Gini nos municípios de Santa Catarina em 2000 e 2010: uma abordagem exploratória de dados espaciais. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos (RBERU)**, v. 9, n. 2, 2015.
- NEVES, R.R. et al. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, v. 8, n. 4, p. 5143-5149, 2016.
- NOGUEIRA, J.A. et al. Vínculo e acesso na Estratégia Saúde da Família: Percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 784-93, 2012.
- OBLITAS, F.Y.M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.
- OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, New York, v. 57, n. 1, p. 179-188, jul. 2003.
- OLIVEIRA, R.C.C. et al. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1069-1077, Dec. 2015.
- OLIVEIRA, R.C.C. et al. Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.
- OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Apoio à implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o combate à Tuberculose**. Série: Boas Práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS. 1.ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes; 2015.

OROFINO, R.L. et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**, v. 38, n. 1, p. 88-97, 2012.

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

PAGE, E.C. **Future governance and the literature on policy transfer and lesson drawing**. 2000.

PÊCHEUX M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: UNICAMP, 2009.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.

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

PETERS, B.G. Policy transfers between governments: the case of administrative reforms. **West European politics**, 20, p. 71-88. 1997.

PINHEIRO, P.G.O.D.; et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 572-81, 2012.

PINHEIRO, P.G.O.D. et al. Discursividade de apoiadores matriciais sobre o controle da tuberculose e o modelo de gestão municipal. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 3, p. 502-10, 2014.

PORTER, J.D.H.; OGDEN, J.A. Missed Opportunities? Coercion or Commitment: Policies of Prevention. **Ann N Y Acad Sci.**, 953, p. 224-32, 2001.

QUEIROZ, E.; ARAUJO, T.C.C.F. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paideia**, v. 19, n. 43, p. 177-187, 2009.

QUEIROZ, E.M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 269-377, 2012.

RAVIGLIONE, M.C.; PIO, A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. **The Lancet**, v. 359, 2002.

RIOS, D.P.G. et al. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 22-9, 2013.

- ROCHA, J.L.et al. Tuberculose multirresistente. **Pulmão RJ**, v. 17, n. 1, p. 27-32, 2008.
- RODRIGUES, A.C.; CALEGARI, T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 20, e933, 2016.
- RODRIGUES, I.L.A.; MOTTA, M.C.S.D.; FERREIRA, M.A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 172-8, 2013.
- ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 4th ed. New York, NY, USA: Free Press, 1995.
- ROSE, R. **Learning from comparative public policy: a practical guide**. London and New York: Routledge, 2005.
- RUFFINO-NETTO, A. A tuberculose e a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n. 1, 2002.
- RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 10, n. 3, p. 129-138, set. 2001.
- 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. 103-11, 2013.
- SA, L.D. et al. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 387-395, Apr. 2011.
- SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 41, p. 89-94, 2007a. Supllement 1.
- SANTOS, K.T. et al. Agente Comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do programa Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 16, p. 1023-8, 2011. Supllement 1.
- SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2007b.
- SANTOS, M. **O retorno do Território**. In: SANTOS, M. et al. (org.). Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1996.
- SANTOS, M.L.S. 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.
- SANTOS, S.L.F.et al. Estratégias de controle da Tuberculose no SUS: revisão sistemática dos resultados obtidos. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 3, p. 50-58, jul./set. 2015
- SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCÊNCIO, R.A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 954-61, 2012.
- SANTOS, V.A.A.; SOUZA, F.B.A.; CUNHA, F.T.S. Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 57, p. 305-12, 2016.

SAUNDERS, M.J.; CARLTON, A.E. Fighting poverty to prevent tuberculosis. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 4, p. 395-396, 2016.

SCHNEIDER, H. et al. Health systems and the implementation of disease programmes: Case studies from South Africa. **Global Public Health**, v. 1, n. 1, p. 49-64, 2006.

SICSU, A.N. et al. Intervenção educativa para a coleta de escarro da tuberculose: um estudo quase experimental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2703, 2016.

SILVA, A.C.C.N. **Entre a crise e a mudança: a constituição do ensino de leitura como objeto de pesquisa em investigações acadêmicas**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, A.C.O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 402-416, 2007.

SILVA, C.B.; LAFAIETE, R.S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog**, v. 7, n. 1, p. 10-17, 2011.

SILVA, D.M. et al. Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do Chronic Care Model. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 239-246, Apr. 2016.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, J.R.A. et al. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 1, p. 75-81, 2015b.

SILVA, L.M.C. et al. Design and semantic validation of a new instrument to assess policy transfer of directly observed treatment for tuberculosis. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 38, p. 129-135, 2015a.

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)**. 177 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

SILVA, P.F.; MOURA, G.S.; CALDAS, A.J.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1745-54, 2014.

SILVA, P.G. **Floresta Nacional do Jamanxim: Mecanismo de Ordenamento Territorial e de Desenvolvimento Sustentável**. 213p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2011.

- SILVA, S. E. D; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.
- SMITHSON, M.; VERKUILEN, J. A Better Lemon Squeezer? Maximum-Likelihood Regression with Beta-Distributed Dependent Variables. **Psychological Methods**, v. 11, v. 1, p. 54–71, 2006.
- SOUSA, L.O. et al. Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1154-63, nov./dez. 2016.
- SOUZA, K.M.J. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 874-82, 2014
- SOUZA, L. E. P. F. de. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.911- 918, 2009.
- SOUZA, M.S.P.L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.
- SOUZA, S.A.F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus, Instituto Census, 2014.
- SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para Tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 4, p. 636-43, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- STASINOPOULOS, D.M.; RIGBY, R.A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**, v. 23, n. 7, 2007.
- STONE, D. **Banking on knowledge**: the genesis of the global development network. London: Routledge, 2000.
- STONE, D. Learning Lessons and Transferring Policy across Time, Space and Disciplines. **Politics - Political Studies Association**, v. 19, n. 1, p. 51-59, 1999.
- STONE, D. Transfer agents and global networks in the ‘transnationalization’ of policy. *Journal of European public policy*, **London**, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.
- STOŠIĆ, M. et al. Assessment of the role of Primary Health Care in tuberculosis control in Serbia. **Med Pregl**, v. LXVIII, n. 9-10, p. 331-335, 2015.
- SURNICHE, C.A. **A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose**: uma análise discursiva. 121 p. Tese (Mestre em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

- TADESSE, S. Stigma against Tuberculosis Patients in Addis Ababa, Ethiopia. **PLoS One**, v. 11, n. 4, p. 1-11, 2016.
- TEXEIRA, C.T. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- THOMAS, B. et al. Feasibility of an Alcohol Intervention Programme for TB patients with Alcohol use Disorder (AUD): a qualitative study from Chennai, South India. **PLoS One**, v. 6, n. 11, 201.
- TOUSO et al. Social stigma and the families of patients with tuberculosis: a study based on cluster and multiple correspondence analysis. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n. 11, 2014.
- TRAVASSOS, L.E.P. et al. Turismo no Carste da Baixa Normandia (França) em função da História do Dia-D. **Caderno de Geografia**, v. 25, n. 44, 2015.
- TURGEON, J. et al. **Policy Health Transfer and Health Impact Assessment. Series Transfer of knowledge**. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Canada, 2008.
- UKWAJA; K.N. et al. The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v. 16, n. 6, p. 733-9, 2012.
- 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. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011.
- VILLA, T.C.S. et al. **As políticas de controle da Tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da Estratégia DOTS (1980-2005)**. In: RUFFINO-NETTO, R.; VILLA, T.C.S. Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil Histórico e peculiaridades regionais. Instituto Milênio Rede TB, Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, 2006.
- VOLMINK, J.; GARNER, P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2, 2006.
- YAMAMURA, M. et al. Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para a produção do cuidado. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 60-6, 2014 .
- WALLEY, J.D. et al. Effectiveness of the direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. **Lancet**, 357, p. 664–666, 2001.
- WHO. World Health Organization. **Dots: un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS**. WHO, 1999.
- WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report (2016)**. Geneva: WHO, 2016.

WHO. World Health Organization. **Implementing The End TB Strategy**: The Essentials. Geneva: WHO, 2015.

WHO. World Health Organization. **The Stop TB strategy**: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: WHO, 2006.

WOLMAN, H. Understanding cross national policy transfers: the case of Britain and the US. **Governance**, 5, p. 27-45, 1992.

ZWARENSTEIN, M. et al. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. **Lancet**, 352, p. 1340–1343, 1998.

APÉNDICES

APENDICE A - Roteiro para entrevista

Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em
Tuberculose

Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

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

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

1. Como funciona o TDO em sua unidade?
2. Comente sobre as estratégias utilizadas para fortalecer o TDO.
3. Quais as dificuldades enfrentadas pelo doente ou sistema de saúde para realização do TDO?
4. Comente sobre a disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais e instrumentos utilizados para aplicabilidade e acompanhamento do TDO.
5. Fale sobre a oferta, frequência e participação dos profissionais nos treinamentos sobre o TDO.
6. Fale sobre as suas impressões sobre o TDO.
7. Como as informações do TDO vêm sendo discutidas com a equipe de saúde?
8. O (a) Sr(a) identifica aspectos favoráveis à implantação e descentralização do TDO? Quais?
9. O (a) Sr(a) observa barreiras no processo de implantação e descentralização do TDO? Quais?
10. Que adequações ou inovações têm sido feitas para efetivar a transferência de políticas do TDO? Quais? Se não fez, o que o(a) Sr(a) tem planejado?

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) para participar da pesquisa *“O tratamento diretamente observado como política de saúde em municípios prioritários para tuberculose no Amazonas: Caracterização e Transferência”*, e de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos deste estudo.

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

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

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

ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

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

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315-3386, das 9 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o (a) senhor (a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

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

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

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

_____ Entrevistado (a)	_____ Pesquisador Responsável	_____ Orientador
---------------------------	----------------------------------	---------------------

_____, ____ de _____ de 201_.

APÊNDICE C - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio ações da gestão

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1-5	Ações da Gestão	0,66642	0,37357	0,6566	0,1615
M2	Médico	1-5	Ações da Gestão	0,72261	0,32302	0,7117	0,1514
M3	Médico	1-5	Ações da Gestão	0,62290	0,41859	0,6139	0,1652
M4	Médico	1-5	Ações da Gestão	0,71966	0,39682	0,7088	0,1444
M5	Médico	1-5	Ações da Gestão	0,74106	0,32540	0,7297	0,1448
M1	Enfermeiro	1-5	Ações da Gestão	0,73666	0,37173	0,7254	0,1415
M2	Enfermeiro	1-5	Ações da Gestão	0,78484	0,32131	0,7726	0,1281
M3	Enfermeiro	1-5	Ações da Gestão	0,69816	0,41669	0,6877	0,1487
M4	Enfermeiro	1-5	Ações da Gestão	0,78235	0,39494	0,7702	0,1225
M5	Enfermeiro	1-5	Ações da Gestão	0,80030	0,32368	0,7878	0,1212
M1	ACS	1-5	Ações da Gestão	0,70508	0,40831	0,6945	0,1476
M2	ACS	1-5	Ações da Gestão	0,75714	0,35573	0,7455	0,1358
M3	ACS	1-5	Ações da Gestão	0,66407	0,45449	0,6543	0,1532
M4	ACS	1-5	Ações da Gestão	0,75442	0,43223	0,7428	0,1297
M5	ACS	1-5	Ações da Gestão	0,77401	0,35823	0,7620	0,1291
M1	Técnico	1-5	Ações da Gestão	0,64183	0,44391	0,6325	0,1589
M2	Técnico	1-5	Ações da Gestão	0,70031	0,38976	0,6898	0,1509
M3	Técnico	1-5	Ações da Gestão	0,59705	0,49077	0,5886	0,1610
M4	Técnico	1-5	Ações da Gestão	0,69721	0,46826	0,6868	0,1438
M5	Técnico	1-5	Ações da Gestão	0,71966	0,39236	0,7088	0,1449
M1	Médico	6 - 10	Ações da Gestão	0,66642	0,34755	0,6566	0,1646
M2	Médico	6 - 10	Ações da Gestão	0,72261	0,29884	0,7117	0,1541
M3	Médico	6 - 10	Ações da Gestão	0,62290	0,39140	0,6139	0,1683
M4	Médico	6 - 10	Ações da Gestão	0,71966	0,37014	0,7088	0,1472
M5	Médico	6 - 10	Ações da Gestão	0,74106	0,30113	0,7297	0,1474
M1	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Gestão	0,73666	0,34578	0,7254	0,1442
M2	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Gestão	0,78484	0,29720	0,7726	0,1305
M3	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Gestão	0,69816	0,38953	0,6877	0,1515
M4	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Gestão	0,78235	0,36831	0,7702	0,1248
M5	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Gestão	0,80030	0,29948	0,7878	0,1234
M1	ACS	6 - 10	Ações da Gestão	0,70508	0,38135	0,6945	0,1504
M2	ACS	6 - 10	Ações da Gestão	0,75714	0,33030	0,7455	0,1383
M3	ACS	6 - 10	Ações da Gestão	0,66407	0,42667	0,6543	0,1561
M4	ACS	6 - 10	Ações da Gestão	0,75442	0,40477	0,7428	0,1321
M5	ACS	6 - 10	Ações da Gestão	0,77401	0,33271	0,7620	0,1315
M1	Técnico	6 - 10	Ações da Gestão	0,64183	0,41625	0,6325	0,1620
M2	Técnico	6 - 10	Ações da Gestão	0,70031	0,36327	0,6898	0,1538
M3	Técnico	6 - 10	Ações da Gestão	0,59705	0,46262	0,5886	0,1641
M4	Técnico	6 - 10	Ações da Gestão	0,69721	0,44029	0,6868	0,1465
M5	Técnico	6 - 10	Ações da Gestão	0,71966	0,36580	0,7088	0,1476
M1	Médico	>10	Ações da Gestão	0,66642	0,33258	0,6566	0,1664
M2	Médico	>10	Ações da Gestão	0,72261	0,28505	0,7117	0,1557
M3	Médico	>10	Ações da Gestão	0,62290	0,37563	0,6139	0,1702
M4	Médico	>10	Ações da Gestão	0,71966	0,35472	0,7088	0,1488
M5	Médico	>10	Ações da Gestão	0,74106	0,28728	0,7297	0,1490
M1	Enfermeiro	>10	Ações da Gestão	0,73666	0,33084	0,7254	0,1457
M2	Enfermeiro	>10	Ações da Gestão	0,78484	0,28346	0,7726	0,1318
M3	Enfermeiro	>10	Ações da Gestão	0,69816	0,37379	0,6877	0,1532
M4	Enfermeiro	>10	Ações da Gestão	0,78235	0,35293	0,7702	0,1262
M5	Enfermeiro	>10	Ações da Gestão	0,80030	0,28567	0,7878	0,1247
M1	ACS	>10	Ações da Gestão	0,70508	0,36574	0,6945	0,1521
M2	ACS	>10	Ações da Gestão	0,75714	0,31571	0,7455	0,1398
M3	ACS	>10	Ações da Gestão	0,66407	0,41044	0,6543	0,1579
M4	ACS	>10	Ações da Gestão	0,75442	0,38880	0,7428	0,1336
M5	ACS	>10	Ações da Gestão	0,77401	0,31807	0,7620	0,1329
M1	Técnico	>10	Ações da Gestão	0,64183	0,40014	0,6325	0,1638
M2	Técnico	>10	Ações da Gestão	0,70031	0,34799	0,6898	0,1555
M3	Técnico	>10	Ações da Gestão	0,59705	0,44608	0,5886	0,1659
M4	Técnico	>10	Ações da Gestão	0,69721	0,42392	0,6868	0,1482
M5	Técnico	>10	Ações da Gestão	0,71966	0,35046	0,7088	0,1493

APÊNDICE D - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio ações da equipe

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1-5	Ações da Equipe	0,59300	0,40229	0,5846	0,1716
M2	Médico	1-5	Ações da Equipe	0,65516	0,35003	0,6456	0,1669
M3	Médico	1-5	Ações da Equipe	0,54642	0,44830	0,5390	0,1706
M4	Médico	1-5	Ações da Equipe	0,65183	0,42611	0,6423	0,1588
M5	Médico	1-5	Ações da Equipe	0,67609	0,35251	0,6661	0,1616
M1	Enfermeiro	1-5	Ações da Equipe	0,67107	0,40041	0,6611	0,1574
M2	Enfermeiro	1-5	Ações da Equipe	0,72680	0,34825	0,7158	0,1472
M3	Enfermeiro	1-5	Ações da Equipe	0,62782	0,44637	0,6188	0,1612
M4	Enfermeiro	1-5	Ações da Equipe	0,72387	0,42420	0,7129	0,1404
M5	Enfermeiro	1-5	Ações da Equipe	0,74507	0,35072	0,7337	0,1407
M1	ACS	1-5	Ações da Equipe	0,63552	0,43784	0,6263	0,1608
M2	ACS	1-5	Ações da Equipe	0,69454	0,38392	0,6841	0,1531
M3	ACS	1-5	Ações da Equipe	0,59045	0,48462	0,5821	0,1625
M4	ACS	1-5	Ações da Equipe	0,69140	0,46214	0,6811	0,1459
M5	ACS	1-5	Ações da Equipe	0,71411	0,38650	0,7033	0,1472
M1	Técnico	1-5	Ações da Equipe	0,56652	0,47395	0,5587	0,1662
M2	Técnico	1-5	Ações da Equipe	0,63021	0,41890	0,6211	0,1638
M3	Técnico	1-5	Ações da Equipe	0,51937	0,52101	0,5125	0,1637
M4	Técnico	1-5	Ações da Equipe	0,62677	0,49848	0,6177	0,1559
M5	Técnico	1-5	Ações da Equipe	0,65184	0,42155	0,6423	0,1593
M1	Médico	6 - 10	Ações da Equipe	0,59300	0,37548	0,5846	0,1748
M2	Médico	6 - 10	Ações da Equipe	0,65516	0,32480	0,6456	0,1700
M3	Médico	6 - 10	Ações da Equipe	0,54642	0,42058	0,5390	0,1739
M4	Médico	6 - 10	Ações da Equipe	0,65183	0,39877	0,6423	0,1619
M5	Médico	6 - 10	Ações da Equipe	0,67609	0,32719	0,6661	0,1646
M1	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Equipe	0,67107	0,37364	0,6611	0,1604
M2	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Equipe	0,72680	0,32308	0,7158	0,1500
M3	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Equipe	0,62782	0,41867	0,6188	0,1643
M4	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Equipe	0,72387	0,39689	0,7129	0,1431
M5	Enfermeiro	6 - 10	Ações da Equipe	0,74507	0,32547	0,7337	0,1433
M1	ACS	6 - 10	Ações da Equipe	0,63552	0,41028	0,6263	0,1638
M2	ACS	6 - 10	Ações da Equipe	0,69454	0,35760	0,6841	0,1560
M3	ACS	6 - 10	Ações da Equipe	0,59045	0,45651	0,5821	0,1656
M4	ACS	6 - 10	Ações da Equipe	0,69140	0,43423	0,6811	0,1487
M5	ACS	6 - 10	Ações da Equipe	0,71411	0,36010	0,7033	0,1500
M1	Técnico	6 - 10	Ações da Equipe	0,56652	0,44592	0,5587	0,1693
M2	Técnico	6 - 10	Ações da Equipe	0,63021	0,39170	0,6211	0,1670
M3	Técnico	6 - 10	Ações da Equipe	0,51937	0,49281	0,5125	0,1668
M4	Técnico	6 - 10	Ações da Equipe	0,62677	0,47029	0,6177	0,1588
M5	Técnico	6 - 10	Ações da Equipe	0,65184	0,39430	0,6423	0,1624
M1	Médico	>10	Ações da Equipe	0,59300	0,35997	0,5846	0,1768
M2	Médico	>10	Ações da Equipe	0,65516	0,31035	0,6456	0,1719
M3	Médico	>10	Ações da Equipe	0,54642	0,40441	0,5390	0,1758
M4	Médico	>10	Ações da Equipe	0,65183	0,38289	0,6423	0,1637
M5	Médico	>10	Ações da Equipe	0,67609	0,31268	0,6661	0,1664
M1	Enfermeiro	>10	Ações da Equipe	0,67107	0,35816	0,6611	0,1622
M2	Enfermeiro	>10	Ações da Equipe	0,72680	0,30867	0,7158	0,1516
M3	Enfermeiro	>10	Ações da Equipe	0,62782	0,40252	0,6188	0,1662
M4	Enfermeiro	>10	Ações da Equipe	0,72387	0,38103	0,7129	0,1447
M5	Enfermeiro	>10	Ações da Equipe	0,74507	0,31100	0,7337	0,1449
M1	ACS	>10	Ações da Equipe	0,63552	0,39424	0,6263	0,1657
M2	ACS	>10	Ações da Equipe	0,69454	0,34242	0,6841	0,1578
M3	ACS	>10	Ações da Equipe	0,59045	0,44001	0,5821	0,1675
M4	ACS	>10	Ações da Equipe	0,69140	0,41792	0,6811	0,1504
M5	ACS	>10	Ações da Equipe	0,71411	0,34488	0,7033	0,1517
M1	Técnico	>10	Ações da Equipe	0,56652	0,42950	0,5587	0,1712
M2	Técnico	>10	Ações da Equipe	0,63021	0,37593	0,6211	0,1689
M3	Técnico	>10	Ações da Equipe	0,51937	0,47615	0,5125	0,1686
M4	Técnico	>10	Ações da Equipe	0,62677	0,45371	0,6177	0,1606
M5	Técnico	>10	Ações da Equipe	0,65184	0,37848	0,6423	0,1642

APÊNDICE E - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio recursos para o desenvolvimento do TDO

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1 -5	Recursos	0,47617	0,43950	0,4701	0,1727
M2	Médico	1 -5	Recursos	0,54241	0,38552	0,5351	0,1784
M3	Médico	1 -5	Recursos	0,42910	0,48630	0,4240	0,1644
M4	Médico	1 -5	Recursos	0,53876	0,46381	0,5315	0,1692
M5	Médico	1 -5	Recursos	0,56564	0,38810	0,5578	0,1763
M1	Enfermeiro	1 -5	Recursos	0,56002	0,43757	0,5523	0,1709
M2	Enfermeiro	1 -5	Recursos	0,62403	0,38366	0,6150	0,1691
M3	Enfermeiro	1 -5	Recursos	0,51278	0,48434	0,5060	0,1678
M4	Enfermeiro	1 -5	Recursos	0,62057	0,46186	0,6117	0,1607
M5	Enfermeiro	1 -5	Recursos	0,64582	0,38624	0,6364	0,1646
M1	ACS	1 -5	Recursos	0,52104	0,47572	0,5141	0,1686
M2	ACS	1 -5	Recursos	0,58653	0,42062	0,5783	0,1702
M3	ACS	1 -5	Recursos	0,47354	0,52278	0,4676	0,1633
M4	ACS	1 -5	Recursos	0,58296	0,50024	0,5748	0,1617
M5	ACS	1 -5	Recursos	0,60913	0,42328	0,6004	0,1668
M1	Técnico	1 -5	Recursos	0,44915	0,51211	0,4437	0,1632
M2	Técnico	1 -5	Recursos	0,51533	0,45647	0,5085	0,1709
M3	Técnico	1 -5	Recursos	0,40270	0,55893	0,3981	0,1541
M4	Técnico	1 -5	Recursos	0,51166	0,53659	0,5049	0,1622
M5	Técnico	1 -5	Recursos	0,53877	0,45917	0,5315	0,1698
M1	Médico	6 - 10	Recursos	0,47617	0,41191	0,4701	0,1760
M2	Médico	6 - 10	Recursos	0,54241	0,35915	0,5351	0,1818
M3	Médico	6 - 10	Recursos	0,42910	0,45818	0,4240	0,1675
M4	Médico	6 - 10	Recursos	0,53876	0,43588	0,5315	0,1725
M5	Médico	6 - 10	Recursos	0,56564	0,36165	0,5578	0,1797
M1	Enfermeiro	6 - 10	Recursos	0,56002	0,41001	0,5523	0,1741
M2	Enfermeiro	6 - 10	Recursos	0,62403	0,35734	0,6150	0,1723
M3	Enfermeiro	6 - 10	Recursos	0,51278	0,45623	0,5060	0,1710
M4	Enfermeiro	6 - 10	Recursos	0,62057	0,43395	0,6117	0,1638
M5	Enfermeiro	6 - 10	Recursos	0,64582	0,35985	0,6364	0,1677
M1	ACS	6 - 10	Recursos	0,52104	0,44767	0,5141	0,1718
M2	ACS	6 - 10	Recursos	0,58653	0,39339	0,5783	0,1734
M3	ACS	6 - 10	Recursos	0,47354	0,49457	0,4676	0,1664
M4	ACS	6 - 10	Recursos	0,58296	0,47205	0,5748	0,1647
M5	ACS	6 - 10	Recursos	0,60913	0,39599	0,6004	0,1700
M1	Técnico	6 - 10	Recursos	0,44915	0,48389	0,4437	0,1663
M2	Técnico	6 - 10	Recursos	0,51533	0,42863	0,5085	0,1742
M3	Técnico	6 - 10	Recursos	0,40270	0,53095	0,3981	0,1569
M4	Técnico	6 - 10	Recursos	0,51166	0,50843	0,5049	0,1652
M5	Técnico	6 - 10	Recursos	0,53877	0,43130	0,5315	0,1730
M1	Médico	>10	Recursos	0,47617	0,39585	0,4701	0,1780
M2	Médico	>10	Recursos	0,54241	0,34394	0,5351	0,1839
M3	Médico	>10	Recursos	0,42910	0,44167	0,4240	0,1694
M4	Médico	>10	Recursos	0,53876	0,41955	0,5315	0,1744
M5	Médico	>10	Recursos	0,56564	0,34640	0,5578	0,1817
M1	Enfermeiro	>10	Recursos	0,56002	0,39397	0,5523	0,1761
M2	Enfermeiro	>10	Recursos	0,62403	0,34217	0,6150	0,1742
M3	Enfermeiro	>10	Recursos	0,51278	0,43973	0,5060	0,1729
M4	Enfermeiro	>10	Recursos	0,62057	0,41765	0,6117	0,1657
M5	Enfermeiro	>10	Recursos	0,64582	0,34463	0,6364	0,1696
M1	ACS	>10	Recursos	0,52104	0,43124	0,5141	0,1738
M2	ACS	>10	Recursos	0,58653	0,37759	0,5783	0,1754
M3	ACS	>10	Recursos	0,47354	0,47791	0,4676	0,1682
M4	ACS	>10	Recursos	0,58296	0,45546	0,5748	0,1666
M5	ACS	>10	Recursos	0,60913	0,38015	0,6004	0,1719
M1	Técnico	>10	Recursos	0,44915	0,46726	0,4437	0,1681
M2	Técnico	>10	Recursos	0,51533	0,41237	0,5085	0,1762
M3	Técnico	>10	Recursos	0,40270	0,51430	0,3981	0,1585
M4	Técnico	>10	Recursos	0,51166	0,49176	0,5049	0,1670
M5	Técnico	>10	Recursos	0,53877	0,41501	0,5315	0,1750

APÊNDICE F - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio conhecimento e incorporação das diretrizes do TDO

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,60975	0,40817	0,6011	0,1685
M2	Médico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,67078	0,35560	0,6609	0,1625
M3	Médico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,56368	0,45435	0,5559	0,1686
M4	Médico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,66752	0,43209	0,6577	0,1548
M5	Médico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,69120	0,35810	0,6809	0,1569
M1	Enfermeiro	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,68631	0,40628	0,6761	0,1529
M2	Enfermeiro	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,74046	0,35380	0,7291	0,1420
M3	Enfermeiro	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,64400	0,45240	0,6346	0,1576
M4	Enfermeiro	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,73762	0,43017	0,7264	0,1355
M5	Enfermeiro	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,75812	0,35630	0,7465	0,1354
M1	ACS	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,65155	0,44385	0,6420	0,1570
M2	ACS	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,70916	0,38971	0,6985	0,1483
M3	ACS	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,60724	0,49072	0,5986	0,1597
M4	ACS	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,70612	0,46821	0,6955	0,1414
M5	ACS	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,72817	0,39230	0,7171	0,1422
M1	Técnico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,58360	0,48004	0,5754	0,1638
M2	Técnico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,64634	0,42485	0,6369	0,1601
M3	Técnico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,53679	0,52710	0,5295	0,1625
M4	Técnico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,64297	0,50458	0,6336	0,1524
M5	Técnico	1 -5	Conhecimentos/incorporação	0,66753	0,42751	0,6577	0,1552
M1	Médico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,60975	0,38121	0,6011	0,1717
M2	Médico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,67078	0,33017	0,6609	0,1656
M3	Médico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,56368	0,42653	0,5559	0,1718
M4	Médico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,66752	0,40463	0,6577	0,1577
M5	Médico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,69120	0,33259	0,6809	0,1599
M1	Enfermeiro	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,68631	0,37937	0,6761	0,1558
M2	Enfermeiro	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,74046	0,32844	0,7291	0,1447
M3	Enfermeiro	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,64400	0,42462	0,6346	0,1606
M4	Enfermeiro	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,73762	0,40274	0,7264	0,1381
M5	Enfermeiro	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,75812	0,33085	0,7465	0,1379
M1	ACS	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,65155	0,41620	0,6420	0,1600
M2	ACS	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,70916	0,36322	0,6985	0,1512
M3	ACS	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,60724	0,46256	0,5986	0,1627
M4	ACS	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,70612	0,44023	0,6955	0,1441
M5	ACS	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,72817	0,36574	0,7171	0,1449
M1	Técnico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,58360	0,45196	0,5754	0,1669
M2	Técnico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,64634	0,39753	0,6369	0,1632
M3	Técnico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,53679	0,49891	0,5295	0,1655
M4	Técnico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,64297	0,47637	0,6336	0,1553
M5	Técnico	6 - 10	Conhecimentos/incorporação	0,66753	0,40014	0,6577	0,1582
M1	Médico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,60975	0,36561	0,6011	0,1736
M2	Médico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,67078	0,31559	0,6609	0,1674
M3	Médico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,56368	0,41030	0,5559	0,1738
M4	Médico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,66752	0,38867	0,6577	0,1595
M5	Médico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,69120	0,31795	0,6809	0,1616
M1	Enfermeiro	>10	Conhecimentos/incorporação	0,68631	0,36379	0,6761	0,1576
M2	Enfermeiro	>10	Conhecimentos/incorporação	0,74046	0,31390	0,7291	0,1462
M3	Enfermeiro	>10	Conhecimentos/incorporação	0,64400	0,40840	0,6346	0,1624
M4	Enfermeiro	>10	Conhecimentos/incorporação	0,73762	0,38680	0,7264	0,1396
M5	Enfermeiro	>10	Conhecimentos/incorporação	0,75812	0,31625	0,7465	0,1394
M1	ACS	>10	Conhecimentos/incorporação	0,65155	0,40008	0,6420	0,1618
M2	ACS	>10	Conhecimentos/incorporação	0,70916	0,34794	0,6985	0,1528
M3	ACS	>10	Conhecimentos/incorporação	0,60724	0,44603	0,5986	0,1645
M4	ACS	>10	Conhecimentos/incorporação	0,70612	0,42386	0,6955	0,1457
M5	ACS	>10	Conhecimentos/incorporação	0,72817	0,35041	0,7171	0,1465
M1	Técnico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,58360	0,43549	0,5754	0,1688
M2	Técnico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,64634	0,38167	0,6369	0,1650
M3	Técnico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,53679	0,48223	0,5295	0,1673
M4	Técnico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,64297	0,45976	0,6336	0,1570
M5	Técnico	>10	Conhecimentos/incorporação	0,66753	0,38424	0,6577	0,1600

APÊNDICE G - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio percepção sobre o TDO

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,65592	0,36183	0,6463	0,1653
M2	Médico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,71313	0,31208	0,7024	0,1557
M3	Médico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,61183	0,40636	0,6031	0,1684
M4	Médico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,71011	0,38480	0,6994	0,1486
M5	Médico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,73197	0,31442	0,7208	0,1492
M1	Enfermeiro	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,72747	0,36002	0,7164	0,1457
M2	Enfermeiro	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,77683	0,31040	0,7648	0,1325
M3	Enfermeiro	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,68819	0,40447	0,6779	0,1526
M4	Enfermeiro	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,77427	0,38294	0,7623	0,1267
M5	Enfermeiro	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,79270	0,31273	0,7803	0,1256
M1	ACS	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,69525	0,39617	0,6848	0,1516
M2	ACS	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,74842	0,34425	0,7369	0,1402
M3	ACS	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,65354	0,44200	0,6440	0,1568
M4	ACS	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,74564	0,41989	0,7342	0,1338
M5	ACS	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,76571	0,34671	0,7539	0,1334
M1	Técnico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,63099	0,43149	0,6219	0,1623
M2	Técnico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,69038	0,37783	0,6801	0,1549
M3	Técnico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,58573	0,47816	0,5775	0,1638
M4	Técnico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,68723	0,45572	0,6770	0,1476
M5	Técnico	1 -5	Percepção sobre o TDO	0,71012	0,38039	0,6994	0,1490
M1	Médico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,65592	0,33620	0,6463	0,1684
M2	Médico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,71313	0,28837	0,7024	0,1585
M3	Médico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,61183	0,37945	0,6031	0,1716
M4	Médico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,71011	0,35845	0,6994	0,1514
M5	Médico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,73197	0,29061	0,7208	0,1519
M1	Enfermeiro	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,72747	0,33445	0,7164	0,1485
M2	Enfermeiro	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,77683	0,28677	0,7648	0,1349
M3	Enfermeiro	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,68819	0,37760	0,6779	0,1555
M4	Enfermeiro	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,77427	0,35665	0,7623	0,1291
M5	Enfermeiro	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,79270	0,28900	0,7803	0,1278
M1	ACS	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,69525	0,36951	0,6848	0,1545
M2	ACS	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,74842	0,31923	0,7369	0,1428
M3	ACS	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,65354	0,41437	0,6440	0,1598
M4	ACS	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,74564	0,39267	0,7342	0,1363
M5	ACS	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,76571	0,32160	0,7539	0,1359
M1	Técnico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,63099	0,40404	0,6219	0,1654
M2	Técnico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,69038	0,35168	0,6801	0,1579
M3	Técnico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,58573	0,45010	0,5775	0,1669
M4	Técnico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,68723	0,42789	0,6770	0,1504
M5	Técnico	6 - 10	Percepção sobre o TDO	0,71012	0,35417	0,6994	0,1519
M1	Médico	>10	Percepção sobre o TDO	0,65592	0,32147	0,6463	0,1703
M2	Médico	>10	Percepção sobre o TDO	0,71313	0,27488	0,7024	0,1601
M3	Médico	>10	Percepção sobre o TDO	0,61183	0,36387	0,6031	0,1735
M4	Médico	>10	Percepção sobre o TDO	0,71011	0,34326	0,6994	0,1531
M5	Médico	>10	Percepção sobre o TDO	0,73197	0,27705	0,7208	0,1534
M1	Enfermeiro	>10	Percepção sobre o TDO	0,72747	0,31976	0,7164	0,1501
M2	Enfermeiro	>10	Percepção sobre o TDO	0,77683	0,27332	0,7648	0,1363
M3	Enfermeiro	>10	Percepção sobre o TDO	0,68819	0,36205	0,6779	0,1573
M4	Enfermeiro	>10	Percepção sobre o TDO	0,77427	0,34149	0,7623	0,1306
M5	Enfermeiro	>10	Percepção sobre o TDO	0,79270	0,27549	0,7803	0,1291
M1	ACS	>10	Percepção sobre o TDO	0,69525	0,35411	0,6848	0,1562
M2	ACS	>10	Percepção sobre o TDO	0,74842	0,30491	0,7369	0,1443
M3	ACS	>10	Percepção sobre o TDO	0,65354	0,39828	0,6440	0,1616
M4	ACS	>10	Percepção sobre o TDO	0,74564	0,37687	0,7342	0,1379
M5	ACS	>10	Percepção sobre o TDO	0,76571	0,30722	0,7539	0,1374
M1	Técnico	>10	Percepção sobre o TDO	0,63099	0,38808	0,6219	0,1673
M2	Técnico	>10	Percepção sobre o TDO	0,69038	0,33662	0,6801	0,1596
M3	Técnico	>10	Percepção sobre o TDO	0,58573	0,43365	0,5775	0,1688
M4	Técnico	>10	Percepção sobre o TDO	0,68723	0,41164	0,6770	0,1521
M5	Técnico	>10	Percepção sobre o TDO	0,71012	0,33906	0,6994	0,1535

APÊNDICE H - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio prática do TDO

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1 - 5	Prática do TDO	0,51878	0,47781	0,5119	0,1684
M2	Médico	1 - 5	Prática do TDO	0,58433	0,42267	0,5761	0,1702
M3	Médico	1 - 5	Prática do TDO	0,47128	0,52487	0,4653	0,1630
M4	Médico	1 - 5	Prática do TDO	0,58075	0,50234	0,5726	0,1617
M5	Médico	1 - 5	Prática do TDO	0,60697	0,42533	0,5983	0,1669
M1	Enfermeiro	1 - 5	Prática do TDO	0,60152	0,47585	0,5930	0,1620
M2	Enfermeiro	1 - 5	Prática do TDO	0,66312	0,42075	0,6534	0,1570
M3	Enfermeiro	1 - 5	Prática do TDO	0,55519	0,52291	0,5476	0,1618
M4	Enfermeiro	1 - 5	Prática do TDO	0,65983	0,50038	0,6501	0,1495
M5	Enfermeiro	1 - 5	Prática do TDO	0,68379	0,42341	0,6736	0,1517
M1	ACS	1 - 5	Prática do TDO	0,56334	0,51428	0,5556	0,1621
M2	ACS	1 - 5	Prática do TDO	0,62719	0,45863	0,6181	0,1600
M3	ACS	1 - 5	Prática do TDO	0,51614	0,56108	0,5093	0,1597
M4	ACS	1 - 5	Prática do TDO	0,62374	0,53876	0,6148	0,1524
M5	ACS	1 - 5	Prática do TDO	0,64890	0,46134	0,6394	0,1557
M1	Técnico	1 - 5	Prática do TDO	0,49161	0,55053	0,4853	0,1609
M2	Técnico	1 - 5	Prática do TDO	0,55771	0,49495	0,5501	0,1646
M3	Técnico	1 - 5	Prática do TDO	0,44431	0,59657	0,4389	0,1544
M4	Técnico	1 - 5	Prática do TDO	0,55408	0,57468	0,5465	0,1567
M5	Técnico	1 - 5	Prática do TDO	0,58076	0,49767	0,5726	0,1622
M1	Médico	6 - 10	Prática do TDO	0,51878	0,44974	0,5119	0,1716
M2	Médico	6 - 10	Prática do TDO	0,58433	0,39539	0,5761	0,1735
M3	Médico	6 - 10	Prática do TDO	0,47128	0,49667	0,4653	0,1660
M4	Médico	6 - 10	Prática do TDO	0,58075	0,47414	0,5726	0,1647
M5	Médico	6 - 10	Prática do TDO	0,60697	0,39800	0,5983	0,1701
M1	Enfermeiro	6 - 10	Prática do TDO	0,60152	0,44780	0,5930	0,1651
M2	Enfermeiro	6 - 10	Prática do TDO	0,66312	0,39352	0,6534	0,1600
M3	Enfermeiro	6 - 10	Prática do TDO	0,55519	0,49471	0,5476	0,1648
M4	Enfermeiro	6 - 10	Prática do TDO	0,65983	0,47219	0,6501	0,1523
M5	Enfermeiro	6 - 10	Prática do TDO	0,68379	0,39612	0,6736	0,1547
M1	ACS	6 - 10	Prática do TDO	0,56334	0,48607	0,5556	0,1651
M2	ACS	6 - 10	Prática do TDO	0,62719	0,43077	0,6181	0,1630
M3	ACS	6 - 10	Prática do TDO	0,51614	0,53312	0,5093	0,1625
M4	ACS	6 - 10	Prática do TDO	0,62374	0,51061	0,6148	0,1551
M5	ACS	6 - 10	Prática do TDO	0,64890	0,43344	0,6394	0,1586
M1	Técnico	6 - 10	Prática do TDO	0,49161	0,52246	0,4853	0,1638
M2	Técnico	6 - 10	Prática do TDO	0,55771	0,46678	0,5501	0,1677
M3	Técnico	6 - 10	Prática do TDO	0,44431	0,56913	0,4389	0,1571
M4	Técnico	6 - 10	Prática do TDO	0,55408	0,54689	0,5465	0,1594
M5	Técnico	6 - 10	Prática do TDO	0,58076	0,46949	0,5726	0,1653
M1	Médico	>10	Prática do TDO	0,51878	0,43329	0,5119	0,1736
M2	Médico	>10	Prática do TDO	0,58433	0,37956	0,5761	0,1754
M3	Médico	>10	Prática do TDO	0,47128	0,48000	0,4653	0,1679
M4	Médico	>10	Prática do TDO	0,58075	0,45754	0,5726	0,1666
M5	Médico	>10	Prática do TDO	0,60697	0,38213	0,5983	0,1720
M1	Enfermeiro	>10	Prática do TDO	0,60152	0,43137	0,5930	0,1670
M2	Enfermeiro	>10	Prática do TDO	0,66312	0,37771	0,6534	0,1618
M3	Enfermeiro	>10	Prática do TDO	0,55519	0,47804	0,5476	0,1666
M4	Enfermeiro	>10	Prática do TDO	0,65983	0,45560	0,6501	0,1540
M5	Enfermeiro	>10	Prática do TDO	0,68379	0,38027	0,6736	0,1564
M1	ACS	>10	Prática do TDO	0,56334	0,46943	0,5556	0,1669
M2	ACS	>10	Prática do TDO	0,62719	0,41449	0,6181	0,1649
M3	ACS	>10	Prática do TDO	0,51614	0,51648	0,5093	0,1643
M4	ACS	>10	Prática do TDO	0,62374	0,49394	0,6148	0,1568
M5	ACS	>10	Prática do TDO	0,64890	0,41713	0,6394	0,1604
M1	Técnico	>10	Prática do TDO	0,49161	0,50580	0,4853	0,1655
M2	Técnico	>10	Prática do TDO	0,55771	0,45022	0,5501	0,1696
M3	Técnico	>10	Prática do TDO	0,44431	0,55270	0,4389	0,1587
M4	Técnico	>10	Prática do TDO	0,55408	0,53031	0,5465	0,1611
M5	Técnico	>10	Prática do TDO	0,58076	0,45291	0,5726	0,1671

APÊNDICE I - Valores preditos pelo modelo inflacionado a partir do ajuste encontrado para o domínio percepção sobre estratégias para melhorar o TDO

Município	Profissão	Tempo Serviço/ anos	Domínio	Média	Dispersão	Esperança	Variância
M1	Médico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,54053	0,40924	0,5332	0,1756
M2	Médico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,60538	0,35661	0,5968	0,1755
M3	Médico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,49308	0,45543	0,4867	0,1712
M4	Médico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,60186	0,43317	0,5933	0,1667
M5	Médico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,62760	0,35911	0,6185	0,1714
M1	Enfermeiro	1 - 5	Percepção de estratégias	0,62225	0,40734	0,6133	0,1666
M2	Enfermeiro	1 - 5	Percepção de estratégias	0,68235	0,35481	0,6722	0,1597
M3	Enfermeiro	1 - 5	Percepção de estratégias	0,57664	0,45349	0,5686	0,1675
M4	Enfermeiro	1 - 5	Percepção de estratégias	0,67915	0,43124	0,6691	0,1521
M5	Enfermeiro	1 - 5	Percepção de estratégias	0,70237	0,35730	0,6918	0,1538
M1	ACS	1 - 5	Percepção de estratégias	0,58469	0,44494	0,5765	0,1676
M2	ACS	1 - 5	Percepção de estratégias	0,64737	0,39075	0,6379	0,1637
M3	ACS	1 - 5	Percepção de estratégias	0,53791	0,49181	0,5306	0,1662
M4	ACS	1 - 5	Percepção de estratégias	0,64401	0,46930	0,6346	0,1558
M5	ACS	1 - 5	Percepção de estratégias	0,66853	0,39335	0,6587	0,1587
M1	Técnico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,51344	0,48113	0,5067	0,1682
M2	Técnico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,57913	0,42593	0,5710	0,1704
M3	Técnico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,46596	0,52819	0,4601	0,1625
M4	Técnico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,57554	0,50567	0,5675	0,1619
M5	Técnico	1 - 5	Percepção de estratégias	0,60187	0,42859	0,5933	0,1673
M1	Médico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,54053	0,38225	0,5332	0,1790
M2	Médico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,60538	0,33115	0,5968	0,1788
M3	Médico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,49308	0,42761	0,4867	0,1745
M4	Médico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,60186	0,40569	0,5933	0,1699
M5	Médico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,62760	0,33356	0,6185	0,1746
M1	Enfermeiro	6 - 10	Percepção de estratégias	0,62225	0,38040	0,6133	0,1698
M2	Enfermeiro	6 - 10	Percepção de estratégias	0,68235	0,32941	0,6722	0,1627
M3	Enfermeiro	6 - 10	Percepção de estratégias	0,57664	0,42569	0,5686	0,1707
M4	Enfermeiro	6 - 10	Percepção de estratégias	0,67915	0,40380	0,6691	0,1550
M5	Enfermeiro	6 - 10	Percepção de estratégias	0,70237	0,33182	0,6918	0,1567
M1	ACS	6 - 10	Percepção de estratégias	0,58469	0,41726	0,5765	0,1708
M2	ACS	6 - 10	Percepção de estratégias	0,64737	0,36424	0,6379	0,1669
M3	ACS	6 - 10	Percepção de estratégias	0,53791	0,46366	0,5306	0,1693
M4	ACS	6 - 10	Percepção de estratégias	0,64401	0,44131	0,6346	0,1588
M5	ACS	6 - 10	Percepção de estratégias	0,66853	0,36676	0,6587	0,1618
M1	Técnico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,51344	0,45304	0,5067	0,1714
M2	Técnico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,57913	0,39858	0,5710	0,1737
M3	Técnico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,46596	0,50000	0,4601	0,1655
M4	Técnico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,57554	0,47747	0,5675	0,1649
M5	Técnico	6 - 10	Percepção de estratégias	0,60187	0,40120	0,5933	0,1705
M1	Médico	>10	Percepção de estratégias	0,54053	0,36663	0,5332	0,1810
M2	Médico	>10	Percepção de estratégias	0,60538	0,31654	0,5968	0,1807
M3	Médico	>10	Percepção de estratégias	0,49308	0,41136	0,4867	0,1764
M4	Médico	>10	Percepção de estratégias	0,60186	0,38971	0,5933	0,1719
M5	Médico	>10	Percepção de estratégias	0,62760	0,31890	0,6185	0,1765
M1	Enfermeiro	>10	Percepção de estratégias	0,62225	0,36481	0,6133	0,1717
M2	Enfermeiro	>10	Percepção de estratégias	0,68235	0,31485	0,6722	0,1644
M3	Enfermeiro	>10	Percepção de estratégias	0,57664	0,40947	0,5686	0,1726
M4	Enfermeiro	>10	Percepção de estratégias	0,67915	0,38785	0,6691	0,1568
M5	Enfermeiro	>10	Percepção de estratégias	0,70237	0,31720	0,6918	0,1584
M1	ACS	>10	Percepção de estratégias	0,58469	0,40114	0,5765	0,1727
M2	ACS	>10	Percepção de estratégias	0,64737	0,34893	0,6379	0,1687
M3	ACS	>10	Percepção de estratégias	0,53791	0,44711	0,5306	0,1712
M4	ACS	>10	Percepção de estratégias	0,64401	0,42493	0,6346	0,1606
M5	ACS	>10	Percepção de estratégias	0,66853	0,35141	0,6587	0,1636
M1	Técnico	>10	Percepção de estratégias	0,51344	0,43657	0,5067	0,1733
M2	Técnico	>10	Percepção de estratégias	0,57913	0,38270	0,5710	0,1756
M3	Técnico	>10	Percepção de estratégias	0,46596	0,48333	0,4601	0,1673
M4	Técnico	>10	Percepção de estratégias	0,57554	0,46085	0,5675	0,1668
M5	Técnico	>10	Percepção de estratégias	0,60187	0,38528	0,5933	0,1724

ANEXOS

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

Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em

Tuberculose

Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

ATP-IINFOC-TB

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

Cód. Cenário [][][][] No. [][][][] Nível Form. [][][] Data [][][][]

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

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).							
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.							

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

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética da EERP/USP

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

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

Prezado Senhor,

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

Protocolo CAAE: 45415015.3.0000.5393

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

Pesquisadores: Amélia Nunes Sicsú

Pedro Fredemir Palha (orientador)

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

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C - Anuência da Fundação de Vigilância em Saúde do estado do Amazonas

OFÍCIO Nº 2143/DIPRE/FVS-AM

Manaus, 12 de agosto de 2016.

A Sua Senhoria o Senhor,
PROF. DR. PEDRO FLADEMIR PALHA
Coordenador do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
14.040-902 – Ribeirão Preto – SP

Senhor Coordenador,

1. Em atendimento ao pedido de autorização para realização de coleta de dados por parte da aluna de doutorado do curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública **AMÉLIA NUNES SICSÚ**, informo que este Gabinete se manifesta favorável ao fornecimento de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação –SINAN/Tuberculose, para fins de pesquisa científica do projeto *"O Tratamento diretamente observado como política de saúde em municípios prioritários no Amazonas: caracterização e transferência"*.
2. Esclareço ser de suma importância, que assumam o compromisso com esta Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS-AM, no sentido de:
 - 2.1 - Inclusão da FVS-AM como instituição colaboradora na pesquisa; e,
 - 2.2 - Agradecimento à FVS-AM pela colaboração na disponibilização dos dados na publicação dos resultados do estudo (congressos, artigos, relatórios), e que haja devolutiva do produto (resumos, artigos, relatório).

Atenciosamente,

BERNARDINO CLÁUDIO DE ALBUQUERQUE,
Diretor-Presidente da Fundação de Vigilância em Saúde.

ANEXO D - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Itacoatiara

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

Ribeirão Preto, 10 de Fevereiro de 2015.

Ilma. Secretária de Saúde de Itacoatiara (AM)
Laene Conceição Gadelha Dias

Assunto: *Pedido de autorização para realização de coleta de dados*

Prezada Senhora,

Eu, **Pedro Fredemir Palha**, na qualidade de coordenador do projeto de pesquisa *“Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”*, solicito sua contribuição para realização de uma pesquisa juntamente aos gestores e profissionais de saúde municipais. O presente estudo tem como objetivo avaliar a transferência do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a tuberculose (TB) em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil.

A contribuição solicitada consiste na autorização para acesso aos dados epidemiológicos do município sobre a TB, bem como entrevistar os coordenadores municipais e profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito municipal. A participação dos profissionais de saúde ocorrerá por meio da aplicação de um questionário de pesquisa, composto por 39 questões, que demora em média 20-30 minutos. A participação dos coordenadores municipais ocorrerá por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política do TDO para TB. A contribuição será de grande importância para a assistência aos pacientes doentes por TB. Ressaltamos que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aluna de doutorado **Amélia Nunes Sicsú** será responsável pela coleta de dados neste município, bem como, dos demais municípios prioritários para TB no Estado do Amazonas e tem autonomia para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradeço e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Associado da EERP/USP
Coordenador do Projeto

Na qualidade de Secretária de Saúde do município de Itacoatiara autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

LAENE CONCEIÇÃO GADELHA
Secretária Municipal de Saúde
Itacoatiara - AM
Data: 10/02/2015

Data: 20 / 02 / 2015

Assinatura e carimbo

ANEXO E - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Manacapuru

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

Ribeirão Preto, 10 de Fevereiro de 2015.

Ilma. Secretária de Saúde de Manacapuru (AM)
Marcia Cardoso de Oliveira

Assunto: *Pedido de autorização para realização de coleta de dados*

Prezada Senhora,

Eu, **Pedro Fredemir Palha**, na qualidade de coordenador do projeto de pesquisa *“Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”*, solicito sua contribuição para realização de uma pesquisa juntamente aos gestores e profissionais de saúde municipais. O presente estudo tem como objetivo avaliar a transferência do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a tuberculose (TB) em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil.

A contribuição solicitada consiste na autorização para acesso aos dados epidemiológicos do município sobre a TB, bem como entrevistar os coordenadores municipais e profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito municipal. A participação dos profissionais de saúde ocorrerá por meio da aplicação de um questionário de pesquisa, composto por 39 questões, que demora em média 20-30 minutos. A participação dos coordenadores municipais ocorrerá por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política do TDO para TB. A contribuição será de grande importância para a assistência aos pacientes doentes por TB. Ressaltamos que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aluna de doutorado **Amélia Nunes Sicsú** será responsável pela coleta de dados neste município, bem como, dos demais municípios prioritários para TB no Estado do Amazonas e tem autonomia para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradeço e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Associado da EERP/USP
Coordenador do Projeto

Na qualidade de Secretária de Saúde do município de Manacapuru autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 27 / 02 / 2015

Marcia Cardoso de Oliveira
Sec. Mul. de Saúde de Manacapuru
CPF: 4191391.742-87

Assinatura e carimbo

ANEXO F - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Parintins

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

Ribeirão Preto, 10 de março de 2015.

Ilma. Secretária de Saúde de Parintins (AM)
Rainez Silva da Rocha

Assunto: *Pedido de autorização para realização de coleta de dados*

Prezada Senhora,

Eu, **Pedro Fredemir Palha**, na qualidade de coordenador do projeto de pesquisa *“Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”*, solicito sua contribuição para realização de uma pesquisa juntamente aos gestores e profissionais de saúde municipais. O presente estudo tem como objetivo avaliar a transferência do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a tuberculose (TB) em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil.

A contribuição solicitada consiste na autorização para acesso aos dados epidemiológicos do município sobre a TB, bem como entrevistar os coordenadores municipais e profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito municipal. A participação dos profissionais de saúde ocorrerá por meio da aplicação de um questionário de pesquisa, composto por 39 questões, que demora em média 20-30 minutos. A participação dos coordenadores municipais ocorrerá por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política do TDO para TB. A contribuição será de grande importância para a assistência aos pacientes doentes por TB. Ressaltamos que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aluna de doutorado **Amélia Nunes Sicsú** será responsável pela coleta de dados neste município, bem como, dos demais municípios prioritários para TB no Estado do Amazonas e tem autonomia para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradeço e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Associado
Coordenador do TDO

Na qualidade de Secretária de Saúde do município de Parintins autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

AUTORIZO

Data: / /

20 / 03 / 2015

Assinatura e carimbo

Rainez Silva da Rocha
SEC. MUN. DE SAÚDE - SEMSA
DEC. Nº 019 / 2014 - GABINETE - PGMP

Rainez Silva da Rocha
SEC. MUN. DE SAÚDE - SEMSA
DEC. Nº 019 / 2014 - GABINETE - PGMP

ANEXO G - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Tabatinga

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@eerp.usp.br

Ribeirão Preto, 10 de Fevereiro de 2015.

Ilmo. Secretário de Saúde de Tabatinga (AM)
Herton Augusto Pinheiro Dantas

Assunto: *Pedido de autorização para realização de coleta de dados*

Prezado Senhor,

Eu, **Pedro Fredemir Palha**, na qualidade de coordenador do projeto de pesquisa *“Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”*, solicito sua contribuição para realização de uma pesquisa juntamente aos gestores e profissionais de saúde municipais. O presente estudo tem como objetivo avaliar a transferência do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a tuberculose (TB) em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil.

A contribuição solicitada consiste na autorização para acesso aos dados epidemiológicos do município sobre a TB, bem como entrevistar os coordenadores municipais e profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito municipal. A participação dos profissionais de saúde ocorrerá por meio da aplicação de um questionário de pesquisa, composto por 39 questões, que demora em média 20-30 minutos. A participação dos coordenadores municipais ocorrerá por meio da aplicação de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política do TDO para TB. A contribuição será de grande importância para a assistência aos pacientes doentes por TB. Ressaltamos que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aluna de doutorado **Amélia Nunes Sicsú** será responsável pela coleta de dados neste município, bem como, dos demais municípios prioritários para TB no Estado do Amazonas e tem autonomia para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradeço e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Associado da EERP/USP
Coordenador do Projeto

Na qualidade de Secretário de Saúde do município de Tabatinga autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 27 / 02 / 15

Assinatura e carimbo

ANEXO H - Anuência da Secretaria de Saúde do município de Tefé

OF. Nº0029/2015 - GSEMSA

Tefé, 13 de Fevereiro de 2015.

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo Cordialmente, informo que Autorizo o acesso aos dados epidemiológico do nosso município sobre TB, bem como entrevistar os Coordenadores municipais e profissionais de saúde envolvidos no controle da Tuberculose no âmbito municipal.

Na expectativa do atendimento renovo protesto de consideração e apreço.

Atenciosamente,

NALU CELANI DE MELO
Secretária Municipal de Saúde

Ilustríssimo Senhor
DR. PEDRO FREDEMIR PALHA
Coordenador do Projeto
N E S T A