

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ROSANA HUPPES ENGEL

**Educação permanente em saúde na transferência da Política do
Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose: uma abordagem
de métodos mistos**

**RIBEIRÃO PRETO (SP)
2022**

ROSANA HUPPES ENGEL

Educação permanente em saúde na transferência da Política do
Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose: uma abordagem de
métodos mistos

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Prática, saberes e
políticas de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir
Palha.

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2022

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

Engel, Rosana Huppés

Educação permanente em saúde na transferência da Política do tratamento diretamente observado da tuberculose: uma abordagem de métodos mistos / Rosana Huppés Engel. – Ribeirão Preto, 2022

202f.: il.: tab.: quad.; 30 cm.

Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose. 3. Análise do discurso. 4. Métodos Mistos. II. Palha, Pedro Fredermir. III. Universidade de São Paulo. IV. Título.

CDD 610.73

Nome: ENGEL, Rosana Huppes

Título: Educação permanente em saúde na transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose: uma abordagem de métodos mistos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____ de _____ de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*Por acreditar na potencialidade dos espaços de produção, enquanto espaço de formação permanente, dedico a realização e o produto deste trabalho **aos profissionais de saúde**, em especial, às equipes da Atenção Básica dos municípios de Uberaba e Uberlândia, que subsidiaram tais resultados. Com este estudo, espero contribuir para melhorar os processos de trabalho e os indicadores, além do sucesso do TDO, e o controle da tuberculose.*

*Dedico o significado desta conquista, aos **meus pais**, pois deles veio meu maior incentivo e a inspiração de explorar e acreditar na “escola da vida”, uma das mais fundamentais escolas e espaços de formação do sujeito. À minha doce **Vovó Anita**, pois seus sonhos encorajaram-me a alcançar este título.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À professora **Teresinha Heck Weiller**, minha querida amiga, obrigada por, há 13 anos, confiar em mim, e ver em mim aquilo que talvez eu mesma não via. Obrigada pelo seu exemplo de coragem e determinação.

Ao professor **Pedro Fredemir Palha**, agradeço por tão gentilmente acolher-me profissional e pessoalmente no processo de doutoramento. Obrigada pela confiança. Agradeço por reconhecer e confiar no meu tempo. Tenho em você o sublime exemplo de serenidade, sabedoria e competência. Palavras se tornam poucas e pequenas quando comparadas à gratidão que tenho por você. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** e à **Nossa Senhora**, por serem meu amparo, pelas bênçãos e pela presença constante em minha vida.

Aos meus pais, **Wilson e Jacinta**, pelo amor e preocupação. Exemplos de ética e responsabilidade. Com vocês eu aprendi que a vida sempre tem muito a ensinar, e isso faz muito sentido!

Ao meu marido, **Sérgio**, por ser meu lar. O lugar que tenho para chegar e ficar! Obrigada por ser meu parceiro e compartilhar meus sonhos e realidade!

À minha sogra, **Maria Helena**, pelas orações, estímulo e incentivo!

À minha querida **Betânia**, agradeço o apoio e a torcida em mais essa etapa! Desejo ser melhor a cada dia, para, quiçá, poder te inspirar e incentivar!

Aos meus **amigos do Gequalis**, agradeço a acolhida. Obrigada pelo exemplo, companheirismo, parceria e amizade!

Às minhas amigas que o trabalho me apresentou, proporcionou e presenteou. **Thaís**, agradeço pelo apoio e empatia, obrigada pela sua sensibilidade e incentivo. **Laísa**, que desde o início incentivou-me e encorajou-me, você faz parte dessa trajetória! **Giovanna**, obrigada por tantas vezes acolher minhas angústias e anseios! **Lorraine**, a sua alegria é energia! Obrigada por ser parceira nessa estrada! **Rosa**, obrigada por compartilhar contigo esses momentos, por sempre ouvir-me e incentivar-me! **Silvana**, obrigada pelo amparo, pelas orações e pela torcida!

Às minhas amigas de estrada, em especial à **Juliana** e à **Gheiza**, agradeço o conforto e o carinho que dispensaram nas viagens, obrigada por dividirem o caminho comigo!

À amiga **Kariciele**, que tão gentilmente acolheu-me e tornou-se uma parceira deste estudo! Agradeço a Deus por colocar em meu caminho pessoas tão boas quanto você!

À **Aline Tristão** e à **Judete** pelo apoio e o carinho que recebi durante a coleta de dados. À **Jaqueline Nayara**, por, de maneira incondicional, se prontificar a ajudar-me. Que Deus as abençoe!

Aos **participantes da pesquisa**, pela disponibilidade e dedicação, por contribuírem e acreditarem nas possibilidades deste estudo.

Ao **PPGAS/UFTM**, em especial ao professor **Vanderlei José Haas**, por, de maneira tão gentil e solícita, receber-me como aluna especial.

Ao **Sergio Zullo** e **Joilson**, obrigada pelo apoio estatístico!

Às **professoras da banca**, obrigada pelas contribuições que oportunizaram a riqueza a este trabalho.

Por fim, mas com as devidas honras, ao **Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública** e à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** (EERP/USP), agradeço a oportunidade de formar-me em um lugar de excelência e tamanha referência!

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*“[...] de um lado a poesia, o verbo, a saudade,
do outro a luta, a força e a coragem pra chegar no fim.
E o fim é belo incerto, depende de como você vê
O novo, o credo, a fé que você deposita em você e só [...].”*

Fernando Eduardo Silva Anitelli – Letra de O Anjo Mais Velho

RESUMO

ENGEL, Rosana Huppes. **Educação permanente em saúde na transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose: uma abordagem de métodos mistos**. 2022. 202f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2022.

Este estudo objetivou analisar as contribuições da Educação Permanente em Saúde na transferência da Política de Controle da Tuberculose. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, do tipo paralelo convergente, realizada em dois municípios do interior de Minas Gerais. Foram utilizados dados quantitativos provenientes da aplicação do instrumento: “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose”. Os dados qualitativos foram obtidos por meio da aplicação de entrevistas semidirigidas aos coordenadores municipais e profissionais de referência das equipes do Programa de Controle da Tuberculose, e os resultados foram organizados no *software* ATLAS.ti 6. Na etapa quantitativa participaram os profissionais de saúde de nível médio e superior das equipes de Atenção Primária à Saúde, 2. A coleta de dados ocorreu no período entre fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021. Empregou-se, a fusão da análise dos dados para comparar os resultados, sendo adotada a mostra conjunta, com a adoção de categorias para a análise dos dados. Para o tratamento dos elementos quantitativos foi realizada a análise de estatísticas descritiva e multivariada, sendo utilizados o *software Statistical Package for Social Sciences* versão 24, e o *software Statistica 7*, da *Statsoft.Inc*. A análise dos elementos quantitativos foi realizada à luz do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso. A pesquisa atendeu a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da etapa quantitativa 202 pessoas, destas 26,2% eram técnicos em Enfermagem, 51,5% enfermeiros, e 22,3% médicos; sendo 58,9% do “município 1” e 41,1% do “município 2”. Na etapa qualitativa participaram cinco enunciadores. Os dados quantitativos foram organizados de acordo o domínio geral da Educação Permanente em Saúde e os subdomínios “ações da gestão para a equipe/unidade de saúde”, “ações da equipe/unidade de saúde”, ações individuais do profissional” e “estratégias/ferramentas educativas”. Identificou-se um melhor desempenho nas variáveis sobre a liberação da equipe para as ações de capacitação e treinamentos, reconhecimento da equipe sobre a importância do Tratamento Diretamente Observado e sobre a adoção das diretrizes do Tratamento

Diretamente Observado. Já, as variáveis com desempenho inferior foram as relacionadas à frequência dos treinamentos oferecidos pelo Programa de Controle da Tuberculose, e o oferecimento de treinamentos aos profissionais recém-contratados. Os resultados qualitativos foram organizados em famílias temáticas. Os resultados da mostra conjunta possibilitaram a apresentação em três categorias: “o campo de interação entre o Programa Municipal de Controle de Tuberculose e as equipes de Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Primária e a gestão do cuidado: Tratamento Diretamente Observado e o controle da Tuberculose” e “Manifestação da Educação Permanente em Saúde: o que evidenciam as equipes e o que “dizem” os profissionais dos Programa Municipal de Controle de Tuberculose”. Este estudo corrobora e oferece subsídio para o reconhecimento do protagonismo da Atenção Primária à Saúde na gestão do cuidado e controle da Tuberculose, e confirma a Educação Permanente em Saúde como instrumento para a efetivação da transferência dessa política. Assim a Educação Permanente em Saúde pode se valer da Educação Continuada, assim como ocorre no cotidiano, sustentada pela micropolítica do trabalho e interação na roda.

Palavras-chave: Tuberculose. Transferência de Política. Análise do Discurso. Métodos Mistos. Enfermagem.

ABSTRACT

ENGEL, Rosana Huppes. **Permanent health education in the transfer of the Policy of Directly Observed Treatment of Tuberculosis: a mixed methods approach.** 2022. 202f. Thesis - (Doctorate in Sciences) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2022.

This study aimed to analyze the contributions of Permanent Health Education in the transfer of Tuberculosis Control Policy. This is a mixed-methods research, of the convergent parallel type, carried out in two municipalities in the interior of Minas Gerais. Quantitative data from the application of the instrument "Evaluation of Policy Transfer - Innovation, Information and Knowledge in Tuberculosis" were used. Qualitative data was obtained through the application of semi-directed interviews to municipal coordinators and reference professionals of the Tuberculosis Control Program teams, and the results were organized in the software ATLAS.ti 6.. In the quantitative stage, the participation of middle and upper level health professionals from Primary Health Care teams, 2. Data collection occurred in the period between February 2020 and February 2021. The fusion of data analysis was used to compare the results, with the adoption of categories for data analysis. For the treatment of the quantitative elements, the analysis of descriptive and multivariate statistics was performed, using the Statistical Package for Social Sciences software version 24, and the Statistica 7 software, from Statsoft.Inc. The analysis of the quantitative elements was conducted in light of the theoretical and methodological framework of Discourse Analysis. The research met the Resolution number 466/2012 of the National Health Council. In the quantitative stage 202 people participated, 26.2% were nursing technicians, 51.5% nurses, and 22.3% physicians; 58.9% from "municipality 1" and 41.1% from "municipality 2". In the qualitative stage, five enunciators participated. The quantitative data were organized according to the general domain of Continuing Health Education and the subdomains "management actions for the team/health unit", "team/health unit actions", individual professional actions", and "educational strategies/tools". A better performance in the variables about the release of staff for capacity building and training actions, staff recognition about the importance of Directly Observed Treatment and about the adoption of Directly Observed Treatment guidelines was identified. The variables with lower performance were those related to the frequency of training offered by the Tuberculosis Control Policy., and the offering of training to newly hired professionals. The qualitative results were organized into thematic families. The results

of the joint exhibition allowed the presentation in three categories: "the field of interaction between the Municipal Tuberculosis Control Program and the Primary Health Care teams", "Primary Health Care and the management of care: Directly Observed Treatment and Tuberculosis control", and "Manifestation of Continuing Education in Health: what the teams evidence and what the professionals from the Municipal Tuberculosis Control Program "say". This study corroborates and offers subsidies for the recognition of the protagonism of Primary Health Care in the management of care and control of Tuberculosis, and confirms the Permanent Health Education as an instrument for the effective transfer of this policy. Thus, Permanent Health Education can draw on Continuing Education, as it occurs in everyday life, supported by the micropolitics of work and interaction in the wheel.

Keywords: Tuberculosis. Policy Transfer. Discourse Analysis. Mixed Methods. Nursing.

RESUMEN

ENGEL, Rosana Huppes. **Política de educación continuada en salud en la transferencia de la Política de Tratamiento Directamente Observado de la Tuberculosis: un enfoque de métodos mixtos**. 2022. XXf. Tesis - (Doctorado en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2022.

Este estudio tuvo como objetivo analizar los aportes de la Educación Permanente en Salud en la transferencia de la Política de Control de la Tuberculosis. Se trata de un estudio de métodos mixtos, del tipo convergente paralelo, realizado en dos municipios del interior de Minas Gerais. Se utilizaron datos cuantitativos de la aplicación del instrumento: "Evaluación de la Transferencia de Políticas - Innovación, Información y Conocimiento en Tuberculosis". Los datos cualitativos se obtuvieron mediante la aplicación de entrevistas semidirigidas con coordinadores municipales y profesionales de referencia de los equipos del Programa de Control de la Tuberculosis, y los resultados se organizaron en el *software* ATLAS.ti 6. En la etapa cuantitativa participaron los profesionales de salud de nivel medio y superior de los equipos de Atención Primaria de Salud, 2. La recolección de datos se llevó a cabo en el período comprendido entre febrero de 2020 y febrero de 2021. Se utilizó la fusión de análisis de datos para comparar los resultados, adoptando la muestra conjunta, con la adopción de categorías para el análisis de datos. Para el tratamiento de los elementos cuantitativos se realizó análisis estadístico descriptivo y multivariado, utilizando el *software Statistical Package for Social Sciences* versión 24, y el *software Statistica 7*, de la *Statsoft.Inc*. El análisis de elementos cuantitativos se realizó a la luz del marco teórico-metodológico del Análisis del Discurso. La investigación cumplió con la Resolución número 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, participaron en el paso cuantitativo 202 personas, de las cuales 26,2% fueron técnicos de Enfermería, 51,5% enfermeros y 22,3% médicos; siendo el 58,9% del "municipio 1" y el 41,1% del "municipio 2". En la etapa cualitativa participaron cinco enunciadores. Los datos cuantitativos se organizaron según el dominio general de Educación Continuada en Salud y los subdominios "acciones de gestión del equipo / unidad de salud", "acciones del equipo / unidad de salud", "acciones individuales del profesional" y "estrategias / herramientas educativas ". Se identificó un mejor desempeño en las variables en cuanto a la liberación del equipo para acciones de capacitación y entrenamientos, reconocimiento del equipo sobre la importancia del Tratamiento Directamente

Observado y sobre la adopción de las guías de Tratamiento Directamente Observado. Por otro lado, las variables con menor rendimiento fueron las relacionadas con la frecuencia de formación ofrecida por el Política de Control de la Tuberculosis y la oferta de formación a los profesionales recién contratados. Los resultados cualitativos se organizaron en familias temáticas. Los resultados de la exposición conjunta permitieron la presentación en tres categorías: “el campo de interacción entre el Programa Municipal de Control de la Tuberculosis y los equipos de Atención Primaria de Salud”, “Atención Primaria y gestión de la atención: Tratamiento y control de la Tuberculosis Directamente Observado” y “Manifestación de Educación Continuada en Salud: lo que muestran los equipos y lo que “dicen” los profesionales del Programa Municipal de Control de la Tuberculosis. Este estudio apoya y respalda el reconocimiento del papel que juega la Atención Primaria de Salud en la gestión de la atención y el control de la Tuberculosis, y ratifica la Educación Permanente en Salud como un instrumento para llevar a cabo la transferencia de esta política. Así, la Educación Continuada en Salud puede hacer uso de la Educación Continuada, como ocurre en la vida cotidiana, sustentada en la micropolítica del trabajo y la interacción en el círculo.

Palabras clave: Tuberculosis. Transferencia de Políticas. Análisis del Discurso. Métodos Mixtos. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura conceitual do processo de TP.....	34
Figura 2	Modelo de Análise para TP de Saúde.....	40
Figura 3	Infográfico: Processo de Enunciação na AD.....	64
Figura 4	Fluxo das etapas da pesquisa.....	68
Figura 5	Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais: por região e região ampliada (PDR) e administrativa (URS: GRS e SRS).....	69
Figura 6	Fluxo de atendimento PCT no município de Uberlândia (MG).....	72
Figura 7	Fluxo de atendimento ao Sintomático Respiratório no município de Uberlândia (MG).....	73
Figura 8	Procedimento metodológico de análise.....	85
Figura 9	Fluxograma de constituição da amostra – elementos quantitativos.....	90
Figura 10	<i>Dashboard</i> de descrição dos participantes.....	91
Figura 11	Gráfico com a descrição das respostas aos itens do instrumento ATP-IINFOC-TB.....	92
Figura 12	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao domínio geral EP.....	100
Figura 13	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AG.....	102
Figura 14	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AE.....	104
Figura 15	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AI.....	106
Figura 16	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio EE.....	108
Figura 17	Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas a todos os domínios.....	111
Figura 18	Rede organização do SSA.....	112
Figura 19	Rede ações da gestão para controle da TB.....	112
Figura 20	Rede gestão do cuidado na TP.....	113
Figura 21	Ações e estratégias educativas.....	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Itens selecionados do instrumento ATP-IINFOC-TB segundo o domínio global EP e subdomínios.....	76
Quadro 2	<i>Alfa de Cronbach</i> dos subdomínios.....	93
Quadro 3	<i>Joint display</i> “Interação entre PMCT e as equipes da APS”.....	123
Quadro 4	<i>Joint display</i> “Atenção Primária e a gestão do cuidado: TDO e controle da TB”	130
Quadro 5	<i>Joint display</i> “Manifestação da EPS: o que evidenciam as equipes e o que ‘dizem’ os profissionais dos PMCT”	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de medidas no domínio geral EP.....	95
Tabela 2	Distribuição de medidas no subdomínio AG.....	95
Tabela 3	Distribuição de medidas no subdomínio “Ações de Equipe/Unidade de Saúde”.....	96
Tabela 4	Distribuição de medidas no subdomínio AI.....	96
Tabela 5	Distribuição de medidas no subdomínio EE.....	97
Tabela 6	Valores dos domínio e subdomínios na análise de correspondência.....	98
Tabela 7	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e a contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão para o domínio geral EP.....	99
Tabela 8	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão para o subdomínio AG.....	101
Tabela 9	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão para o subdomínio AE.....	103
Tabela 10	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão para o subdomínio AI.....	105
Tabela 11	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão para o subdomínio EE.....	107
Tabela 12	Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos^2) de cada dimensão geral.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cos ²	Quadrado do cosseno
AB	Atenção Básica
ATP-IINFOC-TB	Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento no controle da Tuberculose
AC	Análise de Correspondência
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
AE	Ações da Equipe/Unidade de Saúde
AG	Ações da Gestão para a Equipe/Unidade de Saúde
AI	Ações Individuais do Profissional
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para a Apreciação Ética
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEP/EERP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease</i>
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment-Short Course</i>
EC	Educação Continuada
eCR	Equipe de Consultório de Rua
EE	Estratégias/Ferramentas Educativas
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	<i>Effect Size</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FD	Formação Discursiva
FDs	Formações Discursivas
FI	Formação Ideológica

FIs	Formações Ideológicas
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GEPESC	Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva
GEQualis	Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde
GRS	Gerências Regionais de Saúde
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
MS	Ministério da Saúde
NI	Não Informado
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PMAQ	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
PMCT	Programa Municipal de Controle de Tuberculose
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS-SUS	Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/AIDS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Responsável Técnico
SEE	Serviço de Educação em Enfermagem
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SS	Sistema de Saúde
SSA	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TE	Técnicos em Enfermagem
TP	Transferência da Política
UAI	Unidades de Atendimento Integral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UH	Unidade Hermenêutica
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URS	Unidades Regionais de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	22
2	INTRODUÇÃO.....	25
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4	QUADRO TEÓRICO.....	31
4.1	TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA.....	31
4.2	A EPS.....	42
4.2.1	Bases históricas e conceituais da EP.....	42
4.2.2	A EPS enquanto política brasileira.....	44
4.2.3	Aproximação aos referenciais construtivistas da EP.....	48
4.3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: AD DE MATRIZ FRANCESA.....	54
4.3.1	Bases históricas - a língua enquanto estrutura.....	54
4.3.2	AD: a língua enquanto prática social.....	58
4.3.3	A produção do discurso.....	62
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	66
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	66
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	69
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	74
5.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	75
5.4.1	Abordagem quantitativa: “ATP-IINFOC-TB”	75
5.4.2	Abordagem qualitativa: entrevista semiestruturada.....	77
5.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	78
5.5.1	Dados quantitativos.....	78
5.5.2	Dados qualitativos.....	79
<i>5.5.2.1</i>	<i>Condições de produção dos dados empíricos.....</i>	<i>80</i>
5.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	81
5.6.1	Dados quantitativos.....	82
5.6.2	Dados qualitativos: tratamento das entrevistas.....	84
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	87
6	RESULTADOS.....	89
6.1	O QUE REVELAM OS ELEMENTOS QUANTITATIVOS.....	89
6.1.1	Descrição.....	90
6.1.2	Comparação de distribuições.....	93
6.1.3	Análise de correspondência e agrupamentos.....	98
6.2	ELEMENTOS QUALITATIVOS.....	110
6.2.1	Organização dos SSA.....	113

6.3	FUSÃO DOS ELEMENTOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS: EXPLORANDO AS POSSIBILIDADES.....	120
6.3.1	O campo de interação entre PMCT e equipes da APS.....	120
6.3.2	Atenção primária e a gestão do cuidado: TDO e controle da TB	128
6.3.3	Manifestação da EPS: o que evidenciam as equipes e o que “dizem” os profissionais dos PMCT.....	137
7	DISCUSSÃO.....	148
7.1	O PROTAGONISMO DA APS NA TRANSFERÊNCIA DO TDO E O CONTROLE DA TB.....	148
7.2	A TP DO TDO E DO CONTROLE DA TB: UMA LEITURA SOB AS LENTES DA EP EM SAÚDE.....	153
8	CONCLUSÕES.....	160
	REFERÊNCIAS.....	163
	APÊNDICES.....	179
	APÊNDICE A – Roteiro para entrevista.....	179
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coordenadores e Profissionais de Referência).....	180
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde).....	182
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coordenadores e Profissionais de Referência).....	184
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde).....	186
	APÊNDICE F - Tabela descritiva dos itens avaliados.....	188
	ANEXOS.....	189
	ANEXO A - Instrumento de coleta de dados ATP-IINFOC-TB para os profissionais de saúde.....	189
	ANEXO B – Declaração da instituição coparticipante – Uberlândia....	193
	ANEXO C - Declaração da instituição coparticipante – Uberaba.....	194
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP.....	195
	ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP – Emenda.....	199

1 APRESENTAÇÃO

A aproximação acadêmica na temática Tuberculose (TB) iniciou-se no último ano de graduação em Enfermagem, com minha entrada no Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC), orientado pela Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Naquela ocasião o grupo estudava a acessibilidade geográfica e organizacional da pessoa com TB aos Serviços de Saúde (SSA) no município de Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul.

Logo após a graduação, durante a residência, além da participação no grupo de pesquisa, a formação em atenção e gestão no sistema público de saúde oportunizou a participação em um estudo com perspectivas de visualizar a conformação de uma linha de cuidado às pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) no município de Santa Maria (RS). O acesso do usuário ao serviço de referência ao atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), acontece por meio do encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de uma Unidade de Pronto Atendimento, contudo, percebeu-se que poucos usuários com HIV/AIDS acessavam a unidade de saúde na atenção básica.

Em continuidade, durante o mestrado, sob a orientação da Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, na linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, estudamos a Avaliação do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sob a Ótica dos Gestores Municipais de Saúde no interior do Rio Grande do Sul, chegando aos resultados que possibilitaram identificar que no cenário de estudo a avaliação em saúde não era conceituada pelos atores, ao passo que os mesmos utilizavam rotinas de monitoramento como prática avaliativa. Apontou-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como única experiência sistematizada de avaliação considerada pelos gestores municipais, embora estes demonstrem pouca apropriação sobre esse. Percebe-se que os gestores são atuantes nas quatro fases de desenvolvimento do programa, contudo há pouco acesso e dificuldades em relação à avaliação externa. O estudo contribui na construção do conhecimento em Enfermagem e saúde, e propõe avanços na temática da avaliação em saúde.

Ainda durante o mestrado, vivi meu maior desafio profissional até então, além de tomar uma importante decisão pessoal. Com a aprovação e convocação no concurso na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, passei a desempenhar as atividades como enfermeira assistencial na Unidade de Doenças Infecto-parasitárias, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais. Dentre tantas necessidades atendidas pela especialidade, esse cenário também proporcionou a atenção às pessoas com TB, aos casos que necessitavam de internação hospitalar.

Durante as atividades profissionais na assistência, sempre me motivei a buscar e entender, além de visualizar a atenção ao usuário na rede de saúde, seus vínculos e suas trajetórias. Assim como a operacionalização de políticas e programas estratégicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2017, com o convite da Divisão de Enfermagem, integrei a equipe de Serviço de Educação em Enfermagem (SEE). O SEE é uma unidade de Educação Permanente (EP) vinculada à Divisão de Enfermagem do HC-UFTM. Esse serviço integra a articulação de três áreas de competência que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional: EP em saúde, gestão assistencial e pesquisa/extensão, isso porque, as características e princípios do SEE, voltados à capacitação profissional, facilitam uma integração natural entre o ensino, gestão e pesquisa.

No mesmo período ocorreu a aproximação ao Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEQualis) e ao Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), bem como a afinidade às ações e atividades dos grupos. Em seguida, a essas aproximações ocorreu a aprovação para ingresso no doutorado pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, orientada pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

Durante os estudos no doutorado, tive a oportunidade de contribuir com o professor e com o grupo de pesquisa na coorientação de uma aluna de iniciação científica, com a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre as intervenções educativas para o controle da TB.

Diante dessas motivações pessoais e profissionais, ocorreu a convergência da minha trajetória, que envolve a atenção à pessoa com TB, a vivência em um serviço de EP, com a formação acadêmica voltada à gestão em saúde, somadas às minhas inquietudes e à crença pela potencialidade desses processos. Dessa forma, aliadas

tais confluências aos referenciais de Transferência da Política (TP) e Análise do Discurso (AD), e encorajada pelas pautas levantadas em produções anteriores do grupo de pesquisa, proponho esta tese.

Vale ressaltar, que não intento nessas páginas esgotar as discussões que envolvem a TP do controle da TB e a relação com a EP em saúde, tampouco reduzir seus conceitos e possibilidades às argumentações aqui apresentadas. Este movimento por ora alguma, se dá de maneira circunscrita e/ou finalizada. Espero contribuir com a leitura e o entendimento sobre o tema e desdobrar as perspectivas, a fim de colaborar com o Sistema de Saúde (SS).

Por vivenciar o SUS, enquanto profissional e pertencente a ele, sempre acreditei na possibilidade de contribuir para a otimização dos processos de trabalho, e na operacionalização de políticas públicas. Além disso, motivar “novas gerações” de profissionais a acreditar em suas potencialidades enquanto trabalhadores, pesquisadores e essencialmente, seres humanos.

Com base nesta declaração, apresento a tese: *Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose: uma abordagem de métodos mistos.*

2 INTRODUÇÃO

A realização de estudos sobre a temática da TB corrobora os diagnósticos situacionais, epidemiológicos, tomada de decisão, gestão/gerência, dentre outros, e tem como finalidade, realizar apontamentos, positivos e/ou negativos, sobre a implementação de ações para o controle da doença, tendo o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como integrante dessas ações de controle. A TP do TDO para a TB ocorre de forma heterogênea em diferentes contextos, é influenciada pela forma de atuação dos gestores municipais de saúde e dos resultados das pactuações junto ao Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Esses aspectos irão influenciar diretamente no modo como o TDO é concebido e operacionalizado pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município, e sempre irá refletir no cuidado ao doente, foco principal dessas políticas.

O Brasil não tem ocupado uma posição confortável em relação ao número de doentes por TB no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o país é um dos 48 países prioritários para o enfrentamento da TB no período de 2016 a 2020, e faz parte da relação dos 30 países com maior carga e da doença (BRASIL, 2017a). Ainda apresentando os avanços no controle da doença, no ano de 2017, o país apresentou 72.770 casos notificados de TB, sendo que os coeficientes de incidência das unidades federadas variaram de 10,0 a 74,7 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2019). Os dados mais recentes apontam que, no cenário nacional, 68,7 mil pessoas adoeceram por TB em 2020, com coeficiente de incidência de 32,4 casos por 100 mil habitantes e coeficiente de mortalidade encontrado em 2,2 óbitos por 100 mil habitantes no ano (BRASIL, 2021).

O Estado de Minas Gerais ocupava a 5ª posição no que tange ao contingente de casos de TB do país, sendo que no ano de 2017 notificou 4.022 casos de TB, já no ano de 2020 foram notificados 3.940 casos. Trata-se de um Estado com características diversas, o que exige estratégias de monitoramento no controle da doença (MINAS GERAIS, 2019a; 2021). O tratamento completo é indispensável, além da necessária reorganização do sistema de saúde, visando garantir resultados em termos de melhoria do diagnóstico precoce, tratamento padronizado e encerramento dos casos por alta/cura (BARRETO *et al.*, 2011).

A partir de 2001, com a descentralização das responsabilidades sobre a reorganização da APS (SOUZA; STEIN, 2008) para o âmbito municipal, os municípios

passaram a responder, de forma ampliada à gestão pela APS, com o propósito de assumir este nível de atenção como porta de entrada preferencial no SS (BODSTEIN, 2002).

Assim, as ações para o enfrentamento da TB passam a ser de responsabilidade dos municípios, conforme a vigência da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), por meio da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Isso significa dizer que as ações de controle da TB passaram a ser executadas tanto nos serviços de APS [Estratégia de Saúde da Família (ESF), UBS], como nos serviços que agregam uma maior densidade tecnológica (Unidades de Referência), o que confere aos municípios a responsabilidade pelo cuidado ao doente de TB e de seus familiares (VILLA *et al.*, 2006).

Silva *et al.* (2015) identificaram que a realização das ações de controle da TB e a organização dos Serviços de Saúde (SSA) dependem da forma como a coordenação atua do ponto de vista da gestão, visto que em determinados cenários, os coordenadores expressaram insegurança sobre a temática da TB, e demonstraram desconhecimento acerca de ações da estratégia *Directly Observed Treatment-Short Course* (DOTS) e mais especificamente, sobre o TDO, onde identificaram as fragilidades na condução e organização das ações relacionadas ao mesmo. Em alguns cenários, os coordenadores municipais e estaduais atuavam em conjunto, e a coordenação municipal estava mais próxima aos SSA, propondo atividades que visavam à qualificação dos profissionais para a temática, além da preocupação com a infraestrutura dos SSA, bem como a disponibilização dos recursos financeiros, materiais e de incentivos para o controle da doença.

Santos *et al.* (2009) ao analisarem as entrevistas dos coordenadores dos PCT identificaram a fragilidade do compromisso político do gestor frente à dificuldade de captar e manter os recursos financeiros, materiais ou humanos. Esses aspectos têm reflexo direto na forma com que os diferentes atores lidam no manejo da doença, e sobre a motivação que o coordenador do PCT dos municípios possui no enfrentamento e na superação dos problemas políticos, dificultando, assim, o gerenciamento das ações de controle da doença.

Para Mendes (2009), a coordenação é um processo-chave, um instrumento que tem a capacidade de promover a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que assegura a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos. Nesse sentido, a coordenação pode ser classificada como institucional e assistencial. A

primeira é concebida pela forma como se agrupam as unidades gerenciais e assistenciais, o que define os mecanismos de descentralização. A coordenação assistencial é definida como a concentração de todos os serviços relacionados à atenção à saúde, independentemente do lugar onde são ofertados, de modo que se sincronizem e alcancem um objetivo comum, sem que se produzam os conflitos. Com isso, a continuidade assistencial é vista como um resultado da coordenação, que define a coerência e a união das experiências na atenção ao usuário ao longo do tempo, e quando maximizada, considera-se que a atenção à saúde está integrada (MARTÍNEZ; NAVARRETTE; LORENZO, 2009; NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETTE, 2006).

Autores como Haggerty *et al.* (2003) endossaram a ideia de que a coordenação promove a integração da atenção, na medida em que esta promove a continuidade do cuidado. Martínez, Navarrete e Lorenzo (2009) expuseram a sua importância, ao considerá-la como um objetivo prioritário de muitos SS, especialmente para melhorar a qualidade e a eficiência da atenção aos diferentes problemas de saúde prevalentes que requerem a intervenção de diversos profissionais e serviços (HORMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 1997).

Para Boerma (2006), a continuidade da atenção representa um atributo relevante do cuidado em diferentes níveis: seja na relação entre o usuário e a equipe, entre os funcionários de uma determinada especialidade ou entre os especialistas e as organizações, níveis ou setores do cuidado. No caso do controle da TB isso também é válido, em especial quando reportado para a supervisão do tratamento via TDO.

Frente ao exposto, percebe-se que a coordenação assistencial deve permear a continuidade da atenção aos usuários e, em especial, quando adoecidos por TB, os quais necessitam de uma supervisão adequada no tratamento. As ações da coordenação são de grande importância para a manutenção do controle da doença e da supervisão dos doentes, assim como da realização e efetivação do tratamento, uma vez que deve supervisionar e atuar junto aos SSA.

No estudo de Silva *et al.* (2015) identificaram que a maioria dos profissionais dos SSA conhece as diretrizes gerais do TDO, há uma interação considerável entre os profissionais de saúde e a coordenação do PCT, e percebem o TDO como uma política nacional, e não apenas como uma exigência do local de atuação. Revelou ainda que as discussões em equipe ocorriam quando necessário, e as ações de

controle da TB e os portadores da doença vinham sendo incorporados junto aos serviços em que esses profissionais atuavam. Porém, não ocorria o planejamento das ações segundo as características do território e recursos disponíveis na unidade, realidade que poderia comprometer a qualidade do TDO. Alguns aspectos relacionados ao TDO revelaram que muitos profissionais não possuíam conhecimento prévio relacionado ao TDO, e não buscavam informações relacionadas à TB em outras fontes, que não as oferecidas no próprio serviço (MITANO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2015).

Considera-se o TDO como uma política de controle da TB, a qual tem contribuído para a cura da doença e que permite avaliar o modo como esta perpassa as esferas de coordenação, além de refletir sobre a percepção dos doentes frente à atenção que lhes é prestada. Desse modo, entende-se que as ações referentes à realização do TDO pelos profissionais dos SSA, não dependem apenas de como os coordenadores atuam para as ações de controle, mas como os serviços e os profissionais se organizam e se dispõem para a execução delas.

Autores como Silva (2016) defendem que o êxito na transferência de uma política pública e consequente execução em determinado cenário pode sofrer influências de diferentes fatores, como o arranjo organizacional, suporte para o desenvolvimento das ações, processo de comunicação e disseminação das informações, dentre outros.

Aliado a isso, percebe-se a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto ferramenta de gestão e assistência, de tal sorte que as evidências apontam que a falta de capacitações e ações educativas podem provocar barreiras importantes para o alcance da TP do TDO, gerando resultados negativos não apenas na gestão do cuidado, como também no entendimento sobre o assunto, e consequente condução da política (PERUHYPE *et al.*, 2018)

Dessa forma, reconhece-se a importância de o setor de saúde investir em práticas educativas no seu cotidiano. Por isso, entende-se a EPS como um processo que necessita ser planejado com vistas à qualificação da gestão e atenção, com envolvimento de todos os atores relacionados (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Frente ao exposto, a pergunta deste estudo é: Como a EPS contribui na TP do TDO?

Assim, a partir das abordagens qualitativa e quantitativa, este projeto irá se dedicar ao desenvolvimento de uma pesquisa operacional que contemple a avaliação dos SSA no controle da TB, em dois municípios do Triângulo Mineiro.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as contribuições da Educação Permanente em Saúde na Transferência de Política de controle da Tuberculose.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e analisar a TP do TDO segundo as variáveis da EPS na perspectiva dos profissionais das equipes da APS;
- b) Analisar discursivamente as estratégias de EPS na TP do TDO segundo a perspectiva dos gestores municipais de saúde, profissionais de referência e/ou coordenadores do PCT.

4 QUADRO TEÓRICO

4.1 TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA

Ao introduzir o referencial sobre a TP considera-se oportuno conceituar Política como se encontra em seu conceito léxico:

Política S.f. **1.** Ciência dos fenômenos referentes ao Estado; ciência política. **2.** Sistema de regras respeitantes à direção dos negócios públicos. **3.** Arte de bem governar os povos. **4.** Conjunto de objetivos informam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução. **5.** Princípio doutrinário que caracteriza a estrutura constitucional do Estado [...] (FERREIRA, 2010, p.1668).

Com relação às políticas de saúde, geralmente, apresentam um caráter de estratégia oficial que é organizada em ações setoriais específicas a serem implementadas por meio de legislações constituídas para essa finalidade, primando pela qualidade de vida das pessoas e das comunidades (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Dolowitz e Marsh (2000) descreveram que equivocadamente, política e programa são entendidos como sinônimos, contudo, importantes características distinguem os dois conceitos. Enquanto as políticas consistem na alegação dos propósitos de seus formuladores, os programas correspondem aos meios para a implementação das políticas. Pressman e Wildavsky (1973) já defendiam que um programa pode ser apreendido como um sistema em que seus elementos sejam interdependentes, já as políticas sugerem princípios; políticas se transformam em programas quando dadas as suas condições iniciais. Destarte, entende-se que uma política pode ter vários programas, enquanto um programa é um curso de ação completo por si só (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Bissell, Lee e Freeman (2011) entenderam por sua vez que o termo política se configura em uma definição ampla, ao passo que não configura um significado totalmente novo, pode ser um componente individual, um programa, plano, estratégia, ferramenta, arranjo administrativo ou institucional, modos de trabalho, procedimentos, normas ou princípios.

Dessa forma, entende-se que todos estes conceitos estejam relacionados à política, uma vez que fazem parte de como um governo, instituição ou outra organização propõem melhorar as suas ações e alcançar suas metas (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Neste estudo, alia-se à proposta de Bissell, Lee e Freemam (2011) quando estes não optaram pela divisão dos conceitos que envolvem Política, e consideraram a mesma sob os aspectos que a constituem.

Já no que diz respeito à noção de “transferência”, em sua unidade lexical encontra-se a definição:

Transferência S.f. 1. Ato ou efeito de transferir(-se). 2. Deslocamento (de empregados, funcionários etc.) de uma seção para outra, ou de um para outro cargo. 3. Deslocamento (de alunos) de uma escola para outra. 4. Passagem, troca, substituição. 5. Ato pelo qual se declarar ceder ou transferir a outrem a propriedade de algo, ou uma renda ou um título etc. [...] (FERREIRA, 2010, p. 2069).

Logo, entende-se TP como um movimento significativo de algo relacionado à política de um lugar para o outro, não somente mera difusão generalizada de conhecimento entre as pessoas ou instituições. Tal movimento deve ter uma dimensão espacial, não apenas uma dimensão temporal. Ainda, envolve mudanças políticas intencionais ou orientadas à ação (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011; DOLOWITZ, 2003; DOLOWITZ; MARSH, 1996).

Ainda, na prática, a TP incorpora conceitos comumente utilizados e relacionados à geração e aproveitamento de inovações e novos conhecimentos, relação pesquisa-política-prática, lições de aprendizagem de outros cenários, adoção e adaptação de políticas. Por isso, a TP é sobre como e por que a transferência ocorre, quem aprende o quê, de onde, e de quem. O que é assumido, como as coisas são adaptadas, como elas 'se encaixam' ou não quando transferidas para outro lugar e o que influencia as diferentes partes desse processo. Uma abordagem comum é a análise do que facilita e o que dificulta a TP (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Até 1940, os estudos abordavam as instituições formais do governo, por isso, eram centradas no Estado e essencialmente descritivas, quando a partir daí, passou-se a examinar a interação da sociedade civil com o Estado. Impulsionados na década de 1960, os estudos sobre TP ganharam foco na análise comparativa de políticas (DOLOWITZ; MARSH, 1996; SICSÚ, 2017).

Evans (2006) em revisão sobre o tema, discorreu sobre a existência de duas vertentes distintas que discutem a TP. A primeira que não se utiliza do conceito de *Policy Transfer* de forma direta, mas trabalha conceitualmente com o processo de aprendizagem, e se utiliza de conceitos adjacentes como *bandwagoning* (IKENBERRY, 1990), a *policy convergence* (BENNETT, 1991), *diffusion* (MAJONE, 1991), *evidence-based practice* (DAVIES *et al.*, 2000); *learning* (COMMON, 2004; GREENER, 2002); *lesson-drawing* (ROSE, 2005). A segunda vertente se utiliza do conceito de *Policy Transfer* de forma direta, e que tem como expoentes os autores como (CERNY; EVANS, 2004; DOLOWITZ; MARSH, 2000; EVANS; DAVIES, 1999; PAGE, 2000; STONE, 2000;) e comparativistas (COMMON, 2001; PETERS, 1997; WOLMAN, 1992).

Diante do exposto, para este estudo optou-se pela escola que utiliza diretamente o conceito de *Policy Transfer*, mais precisamente nos cientistas, Dolowitz e Marsh (2000), que concebem 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).

Frente à preocupação de avançar a compreensão e contribuir na condução dos processos que envolvem a TP, Dolowitz e Marsh (2000) propuseram a utilização de uma estrutura conceitual ampla, que permite aos pesquisadores e aos atores envolvidos, avaliar o processo sob o aspecto de seu “valor agregado”, como denominado pelos autores. A estrutura proposta está apresentada na figura 1.

Figura 1 - Estrutura conceitual do processo de TP

A Policy Transfer Framework											
Why Transfer? Continuum Want To..... Have To			Who Is Involved in Transfer?	What Is Transferred?	From Where			Degrees of Transfer	Constraints on Transfer	How To Demonstrate Policy Transfer	How Transfer leads to Policy Failure
Voluntary	Mixtures	Coercive			Past	Within-a Nation	Cross- National				
Lesson Drawing (Perfect Rationality)	Lesson Drawing (Bounded Rationality)	Direct Imposition	Elected Officials	Policies (Goals) (content) (instruments)	Internal	State Governments	International Organizations	Copying	Policy Complexity (Newspaper) (Magazine) (TV) (Radio)	Media	Uniformed Transfer
	International Pressures		Bureaucrats Civil Servants	Programs	Global	City Governments	Regional State Local Governments	Emulation	Past Policies	Reports	Incomplete Transfer
	(Image) (Consensus) (Perceptions) Externalities	Pressure Groups	Institutions			Local Authorities		Mixtures	Structural Institutional Feasibility	Conferences Meetings/ Visits	Inappropriate Transfer
	Conditionality (Loans) (Conditions Attached to Business Activity)	Political Parties	Ideologies					Inspiration	(Ideology) (cultural proximity) (technology) (economic) (bureaucratic) Language	Statements (written) (verbal)	
	Obligations	Policy Entrepreneurs/ Experts	Attitudes/ Cultural Values Consultants Think Tanks Transnational Corporations Supranational Institutions	Negative Lessons			Past Relations				

Fonte: Dolowitz e Marsh (2000, p.09).

Como é possível observar, o modelo é estruturado em questionamentos (DOLOWITZ; MARSH, 2000):

- a) Por que os atores se engajaram na TP?
- b) Quem são os autores-chave envolvidos no processo de TP?
- c) O que está sendo (ou foi) transferido?
- d) De qual lugar parte o aprendizado?
- e) Quais são os diferentes graus de transferência?
- f) Como evidenciar a TP?
- g) Quais os fatores dificultam ou facilitam o processo de TP?
- h) Como o processo de TP está relacionado ao sucesso político ou à falha política?

Inicialmente Dolowitz e Marsh (1996) propunham sete objetos da TP: metas políticas; estrutura e conteúdo; instrumentos políticos ou técnicas administrativas; instituições, ideologias; ideias, atitudes e conceitos; experiências negativas. Embora quase tudo possa ser transferido de um sistema político para o outro, dependendo do problema ou situação envolvida, neste modelo, os autores discorrem sobre oito objetos: objetivos da política; conteúdo da política; instrumentos da política; programas da política; instituições; ideologias; ideias e atitudes; e experiências negativas (DOLOWITZ; MARSH, 2000). Diante disso, é oportuno sublinhar que para este estudo foi considerado como objeto da TP o PCT e a política do TDO.

Além disso, os elementos transferidos são classificados em duas grandes categorias: elementos duros (legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas) e elementos leves (ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidas de outras políticas) (STONE, 2004). Assim, o TDO é considerado um elemento duro, por se tratar de um instrumento pertencente a uma política estratégica mais ampla (SICSÚ, 2017).

Inicialmente, Dolowitz e Marsh (2000) identificaram nove principais categorias de atores políticos envolvidos no processo de TP: políticos eleitos, partidos políticos, burocratas/funcionários públicos, grupos de pressão, empresários e especialistas políticos, corporações transnacionais, instituições supranacionais governamentais e não governamentais, consultores, e as chamadas *think tanks* (instituições que se dedicam a produzir conhecimento sobre temas políticos, econômicos ou científicos).

Consonante a tal entendimento, Stone (1999) já propunha que os agentes da TP incluem indivíduos, redes e organizações. Os atores oficiais respondem pela

definição de parâmetros da política, legitimação de caráter do discurso público, e a adoção de novos programas. Além disso, outros atores da TP incluem partidos políticos, bem como as organizações internacionais e regionais.

A TP está relacionada como resultado de decisões estratégicas adotadas por tomadores de decisão, tanto dentro quanto fora da área governamental. Esse tipo de abordagem é amplo, dado que analisa a TP nos próprios países (considera os diferentes subníveis governamentais), e entre países. Nesse sentido, reconhece a importância de atores fora da máquina governamental; organizações internacionais e companhias transnacionais que influenciam a TP (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

Os formuladores de políticas podem olhar para três níveis de governança: o internacional, o nacional e o local. Dentro de uma nação, os atores envolvidos na TP podem tirar lições de outros sistemas políticos ou unidades dentro de seu próprio país. Não apenas os estados e municípios podem aprender uns com os outros, mas o governo federal também pode tirar lições dos estados e municípios, e vice-versa. Destaca-se que, ao tirar lições de outras nações, os atores não se limitam a olhar para o governo nacional, mas podem, e devem, olhar para outros níveis subnacionais e unidades de governo. Por fim, as lições podem ser aprendidas ou impostas por um sistema político em nível internacional (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Habitualmente, as razões que ocasionam os atores a se envolverem no processo de TP estão relacionadas à busca por subsídios, justificativas para a tomada de decisões, ou a utilização de modelos e ideias externas para auxiliar na resolução de problemas ou falhas relacionadas à política (DOLOWITZ, 2003).

Quanto às motivações para iniciar a TP, Evans (2009) apresentou duas possibilidades: voluntária e coercitiva. Dolowitz (2003) por sua vez, definiu cinco eventualidades para a TP: voluntária, semivoluntária, obrigatória, semicoercitiva e coercitiva. Percebe-se que as extremidades (voluntária e coercitiva) representam tipos ideais do processo, contudo de uma situação de controle estrangeiro direto, é quase impossível haver coerção total na TP. Além disso, os atores envolvidos no processo de TP estão sob condições de mais ou menos racionalidade, pois também é praticamente impossível que qualquer indivíduo envolvido seja completamente racional ou totalmente irracional nessa conjuntura. Longe dessas situações extremas, a maioria das situações tendem a ser encontradas no meio desse espectro e envolvem alguma forma de negociação entres os atores engajados no processo (DOLOWITZ, 2003).

Um processo de transferência voluntário é iniciado quando a política é espontaneamente aceita e inserida no contexto de trabalho dos indivíduos (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Alguns cenários predisõem que a TP aconteça de maneira voluntária, tais como a insatisfação pública ou profissional com a política existente, em consequência de mau desempenho; uma nova agenda política incentivada pela mudança de governo, ministros ou gestão de uma organização pública; estratégia política que visa legitimar as conclusões que já foram alcançadas; ou uma tentativa de um gestor de uma política para atualizar algum item da agenda política, para promover os aliados e neutralizar os inimigos políticos (EVANS, 2009).

De outro modo, a transferência coercitiva ocorre quando um governo se sente forçado por outro a introduzir as mudanças constitucionais, sociais e políticas contra sua vontade e a vontade de seu povo (EVANS, 2009). À medida que um país se empenha na TP coercitivamente, não é apenas provável que a transferência não tenha sido planejada, bem como suas implicações para os sistemas políticos e culturais sejam negligenciadas (DOLOWITZ, 2003).

Conforme Evans (2009), os processos intermediários de TP podem ser denominados como coercitivos indiretos e envolvem a negociação. São processos que os governos são compelidos a promover mudanças políticas, a fim de garantir subsídios, empréstimos ou outras formas de investimentos internos por países doadores influentes, instituições financeiras globais, instituições supranacionais, organizações internacionais ou transnacionais, corporações. Ainda, quando uma comunidade internacional define uma questão de forma particular adotada por vários países, as nações que não adotam essa resolução enfrentarão uma pressão para se unir àqueles que implementaram os programas e políticas similares (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

Cada processo de TP apresenta características e necessidades, o que significa que cada situação requer a combinação de processos e agentes. Assim, é possível reconhecer quatro graus, ou níveis, de transferência: a *cópia* envolve a transferência completa de uma política ou programa; a *emulação* envolve a transferência das ideias e conceitos da política ou programa, mas que não se utiliza da cópia integral; as *combinações*, que envolvem misturas de políticas ou programas diferentes; e a *inspiração*, onde a política em outra jurisdição pode inspirar uma mudança de política, mas onde o resultado na verdade não se baseou no original (ROSE, 1993; DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Ainda na linha de Dolowitz e Marsh (2000), é pertinente acentuar que não apenas o tipo de transferência varia entre os diferentes casos de TP, mas o tipo de transferência em qualquer situação depende também de como os atores são envolvidos no processo, e em que momento que a TP acontece. Pode-se utilizar como exemplo o fato que enquanto os atores políticos voltam-se a buscar as soluções imediatas, de 'correção rápida', fazendo uso de *cópia* ou *emulação* para implementar uma política; os chamados burocratas são mais propensos a buscar a *combinação* de várias políticas ou programas que sejam mais aplicáveis na formulação ou implementação de uma política/programa (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Com relação à época para realizar a TP, a oportunidade pode depender do ciclo político dos governantes, com eleições de novos membros, ou ainda da disponibilidade dos recursos humanos qualificados para desempenhar tal atividade (STONE, 1999). As políticas se desenvolvem com o tempo, e que a própria decisão de quando extrair lições pode ter uma influência crítica no aprendizado. O tempo não é constante, os obstáculos não são permanentes e podem ser convertidos em variáveis no percurso (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

É possível obter diferentes resultados no processo de TP. Quanto ao tipo de mudança, estas acontecem de primeira ordem quando ocorrem ajustes contextuais, do cenário e *status quo*; as mudanças de segunda ordem estão vinculadas às redefinições e às modificações dos próprios instrumentos políticos para o alcance de metas; já as de terceira ordem correspondem às redefinições dos objetivos que orientam a política em uma determinada área (EVANS, 2009).

Portanto, a TP pode ser entendida como um processo dependente ou como uma variável independente, pode-se explicar o processo de TP, ou se pode utilizar a TP para explicar os resultados da política. Geralmente os dois exercícios são relacionados, ao passo que ao valer-se da TP para fundamentar os resultados de uma política, também é necessário justificar o que motiva a transferência. Como exemplo disso; se um governo buscar por uma solução para um problema urgente, é muito provável que a TP aconteça, dada a necessidade da solução, contudo é menos provável que o processo de transferência seja bem-sucedido, pois o tempo exíguo gera uma busca limitada e logo a uma transferência falha. Outrossim, quando a busca por uma política envolve atores para além de políticos e burocratas, como os grupos de interesse que representam as pessoas atingidas pela política, é possível que ocorram menos problemas com a sua implementação. Em suma, a fim de utilizar a TP

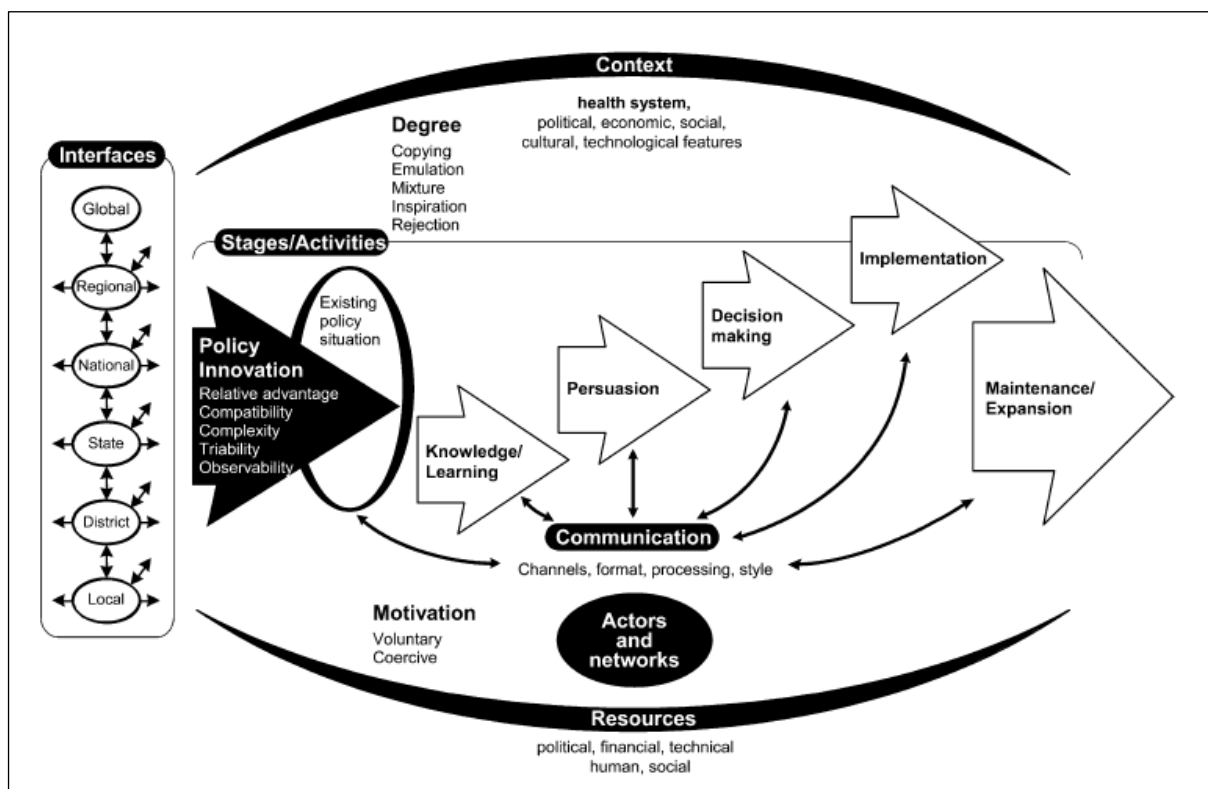
como uma variável explicativa, é necessário também entender e explicar o processo de transferência, enfocando em pontos que formam a base da estrutura, e que permitam entender esse processo (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Em adição ao que fora exposto, como corrente dessa escola de TP, no campo da saúde, adotou-se para este estudo os pressupostos das pesquisas que propõem um modelo para a pesquisa operacional, de Bissell, Lee e Freeman (2011), a proposta relaciona o conjunto de questionamentos e o quadro teórico de Dolowitz e Marsh (1998; 2000) à proposta de difusão de informações de Rogers (1995). Nesse sentido, é importante destacar que esse modelo não mostra as relações causais, mas permite uma avaliação da TP de forma sistemática, e permite compreender processos que influenciam de forma positiva ou negativa a TP (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Com relação ao que propôs Rogers (1995), a inovação envolve uma definição ampla que considera as ideias, as práticas ou os objetos que sejam presenciados como algo novo pelos indivíduos. O que significa que não importa se a ideia já existia, contanto, que seja inédita para os adotantes dela. A sua difusão envolve canais de comunicação, por meio do tempo, entre os membros de um sistema formal.

Em referência à Bissell, Lee e Freeman (2011) utiliza-se do esquema apresentado na figura 2 para aliar-se ao conceito proposto, que considera a TP de saúde como um processo que permeia o tempo e o espaço, e que envolve a interação entre os elementos que têm potencial de facilitar ou prejudicar esse processo. Essa proposta congrega a fusão e a adaptação de conceitos alusivos à literatura sobre TP e a difusão de inovações. Dessa forma, seu propósito envolve encontrar os aspectos que facilitam ou prejudicam a TP, e a partir disso, propor medidas que contribuam para a implementação da política ou prática que possa ser melhorada com ela. Além disso, o modelo orienta os questionamentos que descrevem a prática de maneira organizada e sistemática, o que pode ser usado para potencializar o processo da TP (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Figura 2 - Modelo de análise para TP de saúde



Fonte: Bissell, Lee e Freeman (2011, p. 1143).

Como já mencionado anteriormente, a TP pode ocorrer entre diferentes níveis de governança, o que pode ser observado na estrutura ilustrada pelas interfaces. Ou seja, inovações, conhecimentos, lições podem partir de qualquer lugar. Dessa forma, a TP na área da saúde pode incluir diferentes níveis e arenas, na figura 2, as setas duplas caracterizam o processo de maneira vertical de baixo para cima, ou de cima para baixo; diagonalmente, quando envolve um nível para fora da verticalidade convencional da governança; e horizontalmente entre arenas do mesmo nível (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

O centro da representação simboliza o processo e oportuniza os seguintes questionamentos:

- 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 os outros?
- Como implementam, expandem e mantêm uma política?

Essas etapas representam um grande avanço na área, por possibilitar descrever o processo de transferência de uma política (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

A política/ inovação é inserida no cenário, podendo ser influenciada por políticas passadas, políticas relacionadas ou concorrentes, a cultura de pesquisa e formulação de política, dentre outros. O *Conhecimento/Aprendizado* 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. Já a *Persuasão* ressalta como as pessoas ou organizações influenciam os outros, ou se convencem a adotar uma política e/ou proporcionar um ambiente facilitador para sua transferência. No que se refere à *Tomada de decisão*, é a 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. A etapa de *Implementação* inclui todas as atividades relacionadas à 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. Quanto à *Manutenção/expansão*, corresponde à continuação da política implementada e sua conseqüente expansão.

Ainda, merece importância que o elemento *Inovação política* está relacionado ao objeto de transferência, ao que é transferido, e este pode ser transferido no “todo” ou em “parte” como: objetivo, conteúdo ou instrumentos. Além disso, esse modelo de TP se utiliza de algumas características que podem influenciar a absorção e a adoção da política: *vantagem relativa, compatibilidade, nível de complexidade, testagem e visibilidade*. Isso permite identificar os fatores que levam a incorporação efetiva ou não, de uma política ou inovação (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011; ROGERS, 1995).

Aliado a esses aspectos, a TP também pode ser influenciada pelo contexto e recursos. Integram o contexto e podem influenciar no processo, o SS, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, tecnológicos. Os recursos apontados correspondem aos financeiros, políticos, técnicos e sociais. Esses fatores podem ser percebidos ou priorizados por diferentes atores, podem ser entendidos como obstáculos, promovendo adaptações, e até mesmo como oportunidades (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Diante do exposto, considerando que o sucesso da TP se relaciona aos elementos da política em que está sendo transferida, ao contexto, e às estratégias

utilizadas, este estudo se alia ao referencial analítico da EPS para analisar sua contribuição no processo de TP do TDO para o controle da TB. Para isso, considerando o PCT e o TDO como políticas já implementadas, o processo é considerado em sua fase de manutenção e expansão, porém, não como um etapa final, mas como um processo cíclico, em constante movimento.

4.2 A EPS

O tema EP porventura pode parecer complexo, incongruente, contudo, propõe-se aqui uma leitura que incentiva o entendimento da EPS como referencial teórico e prático, construídos e constituídos em um contexto histórico. Para isso, nas seguintes páginas apresenta-se o tema organizado, considerando seus aspectos históricos e conceituais da EP e EPS, suas bases históricas, legais e conceituais no contexto brasileiro, e por fim, a aproximação e associação às suas correntes construtivistas.

4.2.1 Bases históricas e conceituais da EP

A ideia sobre a EP relacionada ao sentido da educação ao longo da vida advém da década de 1920, considerando seu objetivo primordial para promover a educação de maneira contínua durante toda a vida (FARIA, 1997; GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

No entanto, a discussão sobre o tema despontou na França por volta de 1955 e 1956 quando foi reconhecida pela obrigatoriedade do prolongamento do ensino público (GADOTTI, 1992). Naquele período, as pessoas tinham que se ajustar às necessidades de um mundo em conversão, isso quer dizer, que todo o conhecimento sofre transformação, e é necessário aprender a capacitar-se, ajustar-se às mudanças (FARIA, 1997).

No final da década de 1960 a EP passa a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), fundamentada na teoria do capital humano, sendo compreendida como a teoria da qualificação do fator humano, assumindo um papel importante junto ao Estado na medida que introduz aos trabalhadores novas formas de trabalho focadas às necessidades do capitalismo. Ainda, em 1966 em uma Conferência Geral da UNESCO, em Paris, foram definidos para a educação, os objetivos do programa para os anos seguintes, atendendo como

prioritária a educação contínua, como um processo que deve persistir durante toda a vida (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006; OGATA *et al.*, 2021).

No período compreendido ao decênio de 1970, é considerado como uma fase com enfoque mais crítico, caracterizado pela adoção da consciência de que o ser humano se educa a partir da realidade que o contorna e a sua interação com os outros homens, coeducando-se, como sujeito transformador (FARIA, 1997). Dessa forma, a raiz da EP está relacionada à ideia de formação permanente dos trabalhadores, que surge como uma necessidade de resposta às possíveis perdas de qualificação dos trabalhadores da indústria e dos diferentes setores de produção, ocasionadas pelo ritmo do desenvolvimento científico e tecnológico (MEDEIROS, 2015).

Compreende-se que a EP surge inspirada nas teorias desenvolvimentistas, disseminadas, especialmente, por organismos internacionais. Logo, em meados da década de 1980, referindo-se às demandas de reestruturação do capital, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) compartilha o entendimento sobre a necessidade de uma revisão conceitual e metodológica, a criação e adaptação de instrumentos distintos dos utilizados até a época, por ser outro ritmo, outra intensidade, outros requisitos, relacionados ao fortalecimento das ideias neoliberais. Se torna essencial o desenvolvimento de estudos e procedimentos que oportunizem a utilização racional do pessoal, assegurando a EP dos recursos humanos já incorporados à força de trabalho (LEMOS, 2016; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988).

É nesse cenário que nasce a concepção de EPS pela OPAS, quando defende a necessidade de desenvolvimento de estratégias e construção de um referencial em que o trabalhador tenha maior envolvimento no processo produtivo de saúde, orientado à melhoria da qualidade, ultrapassando o trabalho fragmentado, desumanizado e alienante, suscitado pela lógica *tayloriana* (LEMOS, 2016, p. 914; QUINTANDA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

A proposta da EP do pessoal da saúde passou a ser veiculada na América Latina orientando o desenvolvimento dos sistemas de saúde, pautada na complexidade dos serviços e na aprendizagem significativa, como ferramenta para adesão dos profissionais (CECCIM, 2005a; 2005b). Assim, orientados pelas recomendações da OPAS e OMS, países como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru idealizaram programas e políticas de EP com vistas ao desenvolvimento de seus recursos humanos em saúde, sendo essenciais

para a difusão da proposta (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; LOPES *et al.*, 2007).

Dessa forma, a OPAS defende a relação do trabalhador, seu trabalho, sua contribuição para a saúde da população e a EP dos trabalhadores como instrumento essencial para o desenvolvimento. Nesse cenário, a EPS assume distinção conceitual do proposto pela Educação Continuada (EC), uma vez que se preocupa em utilizar o centro de aprendizagem como centro do trabalho, indicando novas metodologias, referenciais teóricos e propostas de trabalho (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI; 1994; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988).

4.2.2 A EPS enquanto política brasileira

No panorama brasileiro, é possível observar a preocupação com a EPS, ainda de que modo incipiente, em registros da I a V Conferências Nacionais de Saúde, quando relacionada às questões alusivas à formação superior e de preparação de pessoal de nível técnico, com foco no treinamento em serviço. Em 1977, durante a VI Conferência Nacional de Saúde surgiu a noção da EC relacionada à necessidade da manutenção da inserção de novos conhecimentos na carreira dos profissionais de saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016; RIBEIRO; MOTTA, 1996).

É na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que emergiu a sugestão de adoção da capacitação e reciclagem permanente dos recursos humanos e a formação de profissionais orientada e hierarquizada à atenção à saúde, culminando assim, no que fora sustentado pela Constituição de 1988, ao firmar a responsabilidade da gestão do SUS com a ordenação da formação e desenvolvimento de recursos humanos da área da saúde (BRASIL, 1986; 1988; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Logo em seguida, em 1990, a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), reforçou a responsabilidade pela formação dos recursos humanos em saúde, ao passo que versa sobre a formulação e implementação de programas que consideram a habilitação e a certificação dos profissionais quanto à EC; a realização de pesquisas que subsidiem a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, e a atualização técnico-profissional; a disponibilização de locais de ensino-aprendizagem que demonstrem a dependência entre gestão e formação no âmbito do SUS; além do que sugere a criação de comissões que proponham prioridades e estratégias para a formação e a

EC, considerando a relação e cooperação da gestão com as instituições de ensino (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Em suas recomendações, em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde propôs que fossem asseguradas uma política de formação e capacitação de recursos humanos, estruturada junto aos órgãos formadores; a garantia de formação de trabalhadores da saúde; a destinação de recursos orçamentários com vistas ao desenvolvimento e a formação de pessoal; bem como a ampliação de vagas de residência médica (BRASIL, 1993; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Destarte, percebe-se a consideração das VIII e IX Conferências pela área dos recursos humanos, bem como a preocupação por se ter um investimento permanente na formação e desenvolvimento de pessoal. Logo, a X e XI Conferências Nacionais de Saúde, em 1996 e 2000, reforçaram a proposta das anteriores, avançando a criação de mecanismos que pudessem consolidar a política de desenvolvimento e formação de pessoal, substanciando a articulação dos SSA com os aparelhos formadores e os mecanismos de controle social (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Mereceu destaque, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, que passou a assumir o papel, definido na legislação, do gestor federal do SUS, de ordenação da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a). A SGTES por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) avançou na discussão e construção da EPS, ao passo que foi responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à EP dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a).

Nesse movimento, assumiram importância a Resolução nº 330 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 4 de novembro de 2003, em que aplica os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH - SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no âmbito do SUS, reconhecendo os princípios que regulam a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores do SUS, e um modelo de EP baseado nas suas atribuições e competências (BRASIL, 2003); e a Resolução nº 335 do CNS, de 27 de novembro de 2003, que aprovou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a EPS e a estratégia de polos de EPS, como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da EP (BRASIL, 2004a; MEDEIROS, 2015).

Além disso, ainda em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde, no escopo da educação em saúde e EP, evidenciou a ação e autonomia das secretarias estaduais e municipais de saúde, na articulação de uma política e programa de EP, com destaque à intersectorialidade, ao rompimento da formação fragmentada em saúde, e na reafirmação dos princípios do SUS (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Assim, como confluência dessa trajetória, no ano de 2004 foi instituída por meio da Portaria nº 198 GM/MS (BRASIL, 2004b) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que denominou e propôs a EPS.

É possível verificar uma aproximação conceitual no que propõe OPAS e PNEPS quanto à ideia de EP como aprendizagem no trabalho (LEMOS, 2016), além da EPS ser reconhecida como política de saúde, como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores e fortalecimento do SUS, devendo ser efetivada por meio dos polos de EP, em instâncias interinstitucionais e locorregionais que exercem papel de identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e qualificação da atenção e gestão em saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016; MEDEIROS, 2015).

Indubitavelmente a Portaria nº 198 (BRASIL, 2004b) correspondeu a um avanço na inversão da lógica de formação e desenvolvimento de pessoas, ao passo que avançou na construção coletiva de uma política de EP para o SUS, invertendo o método da formação e desenvolvimento, centrados em uma lógica de educação bancária, de transmissão de conhecimento pautada no envio de pacotes de cursos e treinamento (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Contudo, a transferência e implementação dessa política não foi semelhante em todos os cenários, uma vez que se vivenciaram dificuldades entre a articulação da gestão e a reformulação das práticas, bem como na pactuação entre as instituições formadoras, gestores e serviços para a efetivação dos polos (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Também, são marcos do desenvolvimento da política de EP, as Portarias nº 399/GM e 699/GM, de 2006, que aprovaram o Pacto pela Saúde e implementaram as diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão, respectivamente, contribuindo para o avanço na implementação da política, bem como assumindo os compromissos de inserção dos estados e municípios nesse processo (BRASIL, 2006; MEDEIROS, 2015).

Em 2007, com a publicação da Portaria nº 1.996, o MS adotou novas diretrizes para implementação da PNEPS, adequando as instruções às propostas do Pacto pela

Saúde, proposto em 2006. Naquele momento a condução regional da PNEPS passou a ser responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

A referida portaria reforçou o conceito de EPS, e defendeu, ainda, a transformação da prática com base nos conhecimentos e experiências prévias dos trabalhadores e na problematização da realidade. Além disso, propôs que as estratégias devessem ser pactuadas entre os gestores, trabalhadores, usuários e a academia. Esta última representada por instituições de ensino da área da saúde, por meio de estudantes, gestores e professores (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Sem embargo, como já foi possível aferir anteriormente, o processo de transferência de uma política é marcado por aspectos que podem interferir em sua implementação e efetivação (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011). Os diagnósticos realizados pelo DEGES, bem como estudos científicos (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014; FRANÇA *et al.*, 2016; MACÊDO *et al.*, 2014; NICOLETTO, 2013) denotaram as experiências vivenciadas nesse processo. Dentre as fragilidades experienciadas encontram-se a pouca articulação entre os gestores, trabalhadores, controle social, instituições e ensino; a limitada implantação das CIES; indefinição de parâmetros para a construção de projetos; pouca participação de gestores municipais; falta de avaliação dos projetos desenvolvidos; além de dificuldades na utilização de recursos financeiros (BRASIL, 2018a).

É necessário pronunciar que desde 2011 a PNEPS tem sofrido com a descontinuidade dos repasses financeiros do MS, além de que não se pode desconsiderar as mudanças no cenário político que interferem na sua implementação. São exemplos que afetam a PNEPS a Emenda Constitucional n. 95 que congela os gastos públicos por 20 anos, e as alterações na Política Nacional da Atenção Básica que asseverou o descompromisso com a consolidação das políticas públicas de saúde e o SUS (BRASIL, 2018a; OGATA *et al.*, 2021).

Diante disso, em 2017 e 2018, o DEGES/SGTES, junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), CNS, Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública, Instituições de Ensino Superior, OPAS e secretarias do MS, movimentaram-se em torno da discussão sobre a PNEPS, com vistas a atualização da Portaria nº 1996/2007 (BRASIL, 2018a).

Tal movimento sinalizou que a PNEPS manteve a pertinência quanto ao seu teor, sugerindo a revisão de nomenclaturas constantes na portaria. Reitera-se a preocupação no avanço da implementação da política, preservando-a como uma política de Estado, indispensável para a estruturação do SUS, mediante a requalificação dos trabalhadores de saúde e melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2018a). Destacam-se, dentre os produtos das discussões de revisão da PNEPS, as iniciativas; como o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) lançado pela Portaria nº 3.194 GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que reviu o repasse financeiro do MS diretamente aos municípios para a realização de ações de EPS; o Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, com foco na EPS; a Educação Interprofissional em Saúde (EIP); e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (BRASIL, 2018a).

Enfim, a EPS enquanto política brasileira corrobora para a relação entre o ensino, o trabalho e a cidadania, além de reforçar o encadeamento entre a formação, gestão, atenção e controle social, utilizando-se de espaços coletivos de cogestão para se tornar factível (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2004; CECCIM; FERLA, 2008; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

4.2.3 Aproximação aos referenciais construtivistas da EP

Como já foi possível observar, a EPS, considerada na PNEPS, tem como componente principal o trabalho, transformador da realidade (LEMOS, 2016). Assim, parte do existente e busca ampliar a capacidade de resolver os problemas, além de priorizar uma abordagem que seja capaz de ressignificar o trabalho em sua dimensão micropolítica e subjetiva (NESPOLI; RIBEIRO, 2011). Dessa forma, é substancial que a EPS seja considerada em seu conceito, sua potencialidade de transformação das práticas no SUS, dispendo como diretriz a mudança da educação e formação dos profissionais, como contribuição para a construção da atenção em saúde que produza cuidado reconhecendo os envolvidos nesse processo: trabalhadores, gestores, usuários, famílias e comunidade (OGATA *et al.*, 2021).

Essa potencialidade de transformação do trabalho do SUS estabelecida na PNEPS está respaldada na EPS pela interlocução de três elementos centrais, que possibilitam educar um sujeito com compromisso e capacidade de resolução de

problemas na saúde pública: a *micropolítica do trabalho vivo*, a *problematização/aprendizagem significativa*, e o *método da roda* (LEMOS, 2016).

Lemos (2016, p. 916) descreveu que a “micropolítica do trabalho vivo reconheceu o mundo do trabalho como um espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a mudança institucional”. Ainda, a mesma autora, se aliou a Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) ao defender que “na perspectiva da micropolítica, a educação deve ser um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado em saúde” (LEMOS, 2016, p. 916).

Diante disso, a concepção da formação enquanto política do SUS pode ser entendida na perspectiva de mudança nos SSA. Desse modo, a organização do saber não corresponde igualmente nos diferentes espaços de fazer saúde, pois há de se considerar que em alguns processos e espaços produtivos, o trabalho morto exerça maior atuação que o trabalho vivo e vice-versa (LEMOS, 2016; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Por isso, é significativo resgatar a definição de processo de trabalho que se encontra em Merhy e Franco (2008), para os autores, toda a atividade humana se caracteriza como um ato produtivo, ao passo que modifica alguma coisa e produz algo novo. O objeto do trabalho adquire sentido pela ação intencional do trabalhador, para isso é necessário a utilização de ferramentas e modos de organizar o seu uso. Logo, todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, o que na área da saúde condiz com uma maleta tecnológica. Essas ferramentas referem-se tanto ao uso individual quanto coletivo, e correspondem às ferramentas e máquinas, e seu conhecimento e saberes tecnológicos além de suas relações com os outros que participam do processo de produção (MERHY; FRANCO, 2008).

Tais tecnologias podem ser classificadas em três tipos: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras correspondem aos equipamentos tecnológicos e estruturas organizacionais. As leve-duras, consideradas intermediárias, condizem aos saberes estruturados relacionados ao processo de trabalho. As tecnologias leves, por sua vez, configuram-se nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários do serviço (LEMOS, 2016; MERHY, 2002).

Todo processo de trabalho combina o trabalho em ato e consumo de produtos realizados em trabalhos anteriores. Por isso, o trabalho feito em ato é denominado de *trabalho vivo em ato*, e o trabalho realizado anteriormente, e que só chega por meio do seu produto, é o *trabalho morto* (MERHY; FRANCO, 2008). O trabalho vivo em ato

instiga a reflexão por duas circunstâncias: pela atividade como construtora de produtos, relacionado à uma finalidade para o produto; e pela perspectiva ao produtor do ato, o trabalhador, e a sua relação com o ato produtivo e os produtos que realiza. Isso contribui para compreender o trabalho como prática técnica e prática social (MERHY; FRANCO, 2008).

No campo da saúde, a produção consiste precipuamente no trabalho vivo em ato, o trabalho humano quando é executado, determina a produção do cuidado. No entanto, o trabalho vivo relaciona-se com o trabalho morto ao mesmo tempo que necessita de instrumentos, normas, máquinas, configurando um processo de trabalho em que se interagem diferentes tecnologias (MERHY; FRANCO, 2008). Em face do exposto, o que confere vida ao trabalho em saúde são justamente as tecnologias leves, que permitem ao profissional a abordagem à singularidade de cada pessoa, utilizando-se de tecnologias leve-duras e duras como ferramentas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Os modos de cuidar são estabelecidos justamente por essa relação do encontro com o outro, estabelecida no trabalho vivo e a forma como se resolverá em ato produtivo, o que se mostra inseparável da gestão no campo da política da organização (MERHY; FEUERWERKER, 2014). É nessa conjunção que a EPS se estabelece enquanto estratégia, uma vez que é no mundo do trabalho que a formação se concretiza (MERHY; FEUERWERKER, 2014; VIEIRA *et al.*, 2006).

A referência do espaço de trabalho como meio do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador com seu próprio agir produtivo estabelece a possibilidade para a gestão considerar o fazer sob a análise e o campo de intervenção. Logo, a gestão enquanto espaço institucional, se dedica à compreensão e à problematização do agir individual e coletivo dos trabalhadores, envolvendo-os, política e organizacionalmente (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Ainda, Merhy e Feuerwerker (2014) refletiram que é no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam sua autonomia de produção dos atos de saúde, é ali que ocorre a relação entre o trabalhador e o usuário, e que se estabelece a liberdade de realizar as coisas para que elas façam sentido. Por esse motivo o trabalho em saúde não é controlável, estando à mercê das relações pessoais em todas as suas fases de realização e sujeito aos propósitos do trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Dessa forma, os SSA se configuram em espaço de atuação de diversos atores, com diferentes intenções e que concorrem o sentido geral do trabalho. Esses trabalhadores atuam mesclando ações de seu território privado e os processos públicos e coletivos de trabalho. Por isso, o cotidiano tem pelo menos duas frentes: a das normas e papéis institucionais e das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002; MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Ademais, o trabalhador da saúde também está submetido à lógica do capital, embora seu trabalho seja mais relacional e humanizado, está voltado à lógica mercantil, o que ocasiona a alienação, não somente pelo ato de produção material, mas também pelo estranhamento do trabalhador consigo e com os outros. Diante disso, a micropolítica do trabalho vivo confere ao trabalhador a potência de superar a alienação do trabalho no sistema capitalista, pois cabe ao trabalhador adotar uma relação e compromisso à prática mais humanizada no cuidado e na convivência entre a equipe (LEMOS, 2016).

Fundamentado nesses aspectos, é a partir do desconforto, do incômodo diante de determinada situação, pela percepção de que as maneiras de agir ou pensar são insuficientes para resolver os desafios e problemas do trabalho, é que o trabalhador ou a organização decidem mudar ou incorporar novos elementos à sua prática. São esses desconfortos e deslocamentos que mobilizam a aprendizagem dos adultos, essa é a chave para que os adultos se motivem a explorar as possibilidades e as alternativas para os problemas que lhes pareçam relevantes. Tal experiência pedagógica produz sentido quando essa mobilização dialoga com as experiências e acumulação anterior que os trabalhadores carregam, eis a essência da aprendizagem significativa (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Assim, no fundamento da EPS, instituído pela PNEPS, é pela criação de uma nova subjetividade para o trabalho vivo que a problematização pode contribuir na educação dos trabalhadores para assumir seu compromisso ético-público e atuar nos microespaços da saúde (LEMOS, 2016). Verifica-se em Paulo Freire e Dewey uma matriz importante sobre a problematização, ao valorizar a investigação e a reflexão da experiência cotidiana, e considerar que o pensamento surge a partir de uma situação vivida. Na perspectiva de Dewey, a compreensão implica em aprender um significado, o que está relacionado a examinar algo considerando a sua relação com outras coisas, contemplando seu funcionamento e sua utilidade (ARNEMANN, 2017; RAMOS, 2009).

Outrossim, há na concepção da EPS contemplada no escopo das políticas brasileiras, a influência da Teoria da Aprendizagem Significativa desenvolvida por David Ausubel, que considera a interação do novo conhecimento e o já existente, oportunizando a modificação e a construção de maneiras não estáticas, com vistas a atribuir com um novo significado, com componentes pessoais. Dessa forma, a aprendizagem significativa concebe um papel mais ativo ao trabalhador, que exige a disposição para aprender, se contrapondo aos métodos tradicionais de ensino e EC (ARNEMANN, 2017; LEMOS, 2016).

Na perspectiva da aprendizagem significativa, assume expressão a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, uma vez que estas são baseadas em meios de desenvolver o processo de aprender, a partir de experiências reais ou simuladas, buscando solucionar desafios da prática social, em diferentes contextos, sustentadas pelo princípio da autonomia do educando (BERBEL, 2011; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Nesse íterim, a EPS se fundamenta como prática educativa inovadora, à medida que propõe integralizar o ensino-aprendizagem no cotidiano dos SSA, utilizando-se de estratégias em que o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem e o profissional como ator reflexivo e construtor do saber (GIGANTE; CAMPOS, 2016; FIGUEIREDO, 2012; RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Em contestação ao ensino tradicional, ao trazer protagonismo à problematização e à aprendizagem significativa, a PNEPS reitera a máxima de 'aprender a aprender' que se incorpora ao processo da micropolítica do trabalho, com prestígio às tecnologias leves. Aprender a aprender sustenta a ideia de autonomia do sujeito, reforçando a perspectiva da aprendizagem ao longo da vida (LEMOS, 2016; LIMA; BRAGA, 2006).

Mello *et al.* (2018) também defenderam que a EPS pode ser alcançada como estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências, envolvendo um planejamento que oriente a prática dos profissionais. As autoras ainda compreenderam que, para que se desenvolva um trabalho convergente aos princípios e diretrizes das políticas de saúde é necessário acentuar o desenvolvimento de atitudes, habilidades, individuais e coletivas, bem como dos conhecimentos, lançando mão de uma formação que possibilite a promoção da autonomia dos atores envolvidos e dissolva a dicotomia entre a teoria e a prática (MELLO *et al.*, 2018).

Por esse motivo também, a aprendizagem significativa aliada à lógica da EPS assume importância a fim de permitir que as equipes de saúde avancem na postura crítica reflexiva, para a problematização do processo de trabalho. Ainda, para que a EPS se consolide enquanto estratégia institucional, torna-se mister, resgatar os princípios de diálogo, da visão de práticas assistenciais e gerenciais, a horizontalidade das ações e a importância do trabalho construído em rede (MELLO *et al.*, 2018).

Para mais, a PNEPS proclama a conexão entre ensino, trabalho e cidadania ao reiterar a relação entre formação, gestão, atenção e participação social. Por conseguinte, essa proposta recomenda a constituição de espaços coletivos de gestão para viabilizá-la (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Dessa forma, a PNEPS se alia à concepção de Campos (2007), quando este propôs o método da roda, um modo diferente de fazer gestão, que favorece o envolvimento dos sujeitos implicados no processo de trabalho. Ainda, Campos (2007) sugeriu a ampliação do conceito de trabalho, ampliando a concepção restrita de trabalho produtivo, para que seja considerado como um caminho necessário à constituição do sujeito. Por isso, o trabalho exerce tripla finalidade: produção de bens e serviços, reprodução da própria organização e interferência na produção social e subjetiva dos trabalhadores e dos usuários (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Merhy e Feuerwerker (2014) também defenderam que é possível observar as rodas dentro dos SSA. Quando os trabalhadores e a gestão constroem as relações em suas equipes, seus modos de trabalhar, reúnem-se, fazem ofertas um ao outro, concebem seus acordos e regras, organizam-se para atuar como um coletivo, considerando as individualidades, todo esse processo objetiva a organização da ação do coletivo para produzir atos de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Assim, como na perspectiva da micropolítica do trabalho vivo, o método da roda valoriza a subjetividade da liberdade, estrutura-se na possibilidade de expressão das individualidades ou singularidades e se articula para a criação de espaços de diálogos e confrontos para a manifestação desses. Assim, em contraponto aos métodos de gestão verticalizada, busca-se na PNEPS, um método mais solidário e participativo (LE MOS, 2016).

Por essa articulação, alia-se à Nespoli e Ribeiro (2011), quando defenderam que a EPS não estabelece modelos nem fórmulas. Longe disso, a EPS possibilita a flexibilização das práticas e a centralidade das pessoas na construção do trabalho. Apresenta-se como uma abordagem político-pedagógica que procura exceder às

concepções dicotômicas e constituir as relações organizadas em favor da vida (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

4.3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: AD DE MATRIZ FRANCESA

Ao buscar uma melhor compreensão do referencial da AD propõe-se a leitura a partir de uma abordagem que se considera sua constituição histórica, com a definição da matriz francesa que é a linha adotada para este estudo. Posteriormente, a língua sendo abordada como uma manifestação social oportunizada pelo discurso, e por fim, a produção do discurso. Para tanto, nesse espaço destacam-se alguns conceitos que são básicos e essenciais para compreensão da AD. Para fins de se traçar uma trajetória de entendimento, optou-se por apresentar os conceitos alusivos ao referencial metodológico da análise propriamente dita, no campo de Análise dos Dados, no capítulo “Materiais e Métodos”.

Vale sublinhar que não se esgotam e nem se saturam nessas páginas os pressupostos dessa importante disciplina, no entanto, a AD é aplicada como referencial teórico-analítico, buscando compreender o sentido no discurso de coordenadores e profissionais de referência de PMCT.

4.3.1 Bases históricas – a língua enquanto estrutura

Como bem defendeu Maingueneau (1990, p. 65) que “é ao nível dos fundamentos que tudo se passa”, antes de definir os conceitos e as acepções sobre a AD, é pertinente localizá-la enquanto subárea da Linguística.

As primeiras manifestações desses estudos encontrados na literatura tomam os Formalistas Russos, no início do século XX, como referência. Tratava-se de um grupo de críticos literários e de linguistas que defendiam a autonomia da literatura em relação ao autor e ao contexto histórico e social do período de criação da obra (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2009; SOUZA, 2006).

Teoricamente, o formalismo russo se distancia do que hoje se entende pela AD, contudo, o movimento traz suas contribuições discursivas quando diferencia Fábula e Sjuzhet. A Fábula é o **que** aconteceu, o núcleo parafraseável, recontável, e bruto da história. Sjuzhet é **como** o que aconteceu foi contado, ou seja, é o modo de representar a história (PROPP, 1984; SOUZA, 2006).

Ao tomar o formalismo russo como referência histórica para a constituição da AD enquanto disciplina, torna-se pertinente valer-se de Souza (2006) quando este destacou:

Apesar não apresentar um nível de elaboração teórica que hoje se dispõe dentro do referencial teórico da AD, essa identificação de uma recursividade (*fábula*) e suas diversas realizações (*sjuzhet*) apresentam uma relação conceitual espetacular com as ideias de estrutura e acontecimento trazidas por Pêcheux, ainda que dentro da visão formalista não apareçam em relação material e histórica, como posta por Pêcheux” (SOUZA, 2006, p. 24).

Percebe-se, portanto, que a relação entre a linguagem e o contexto social é fundamental ao se discutir a AD. Nessa relação, outra referência histórica se estabelece em Ferdinand de Saussure (1857-1913) quando instaurou a denominada revolução linguística, marcada pela dicotomia entre a língua e a fala, o que permite a definição do objeto da linguística (SOUZA, 2006). Para o teorista, nessa separação é possível distinguir o que é social do que é individual, e o essencial daquilo que é acessório (SAUSSURE, 1994). Contudo, sua teoria apresenta limites, dada a exclusão da fala no escopo dos estudos linguísticos (BRANDÃO, 2012; MEDEIROS, 2016).

Ao romper as balizas que fixavam apenas a língua como objeto da linguística, Mikhail Bakhtin (1895-1975) renunciou as orientações da linguística moderna, parte do princípio compartilhado por Saussure quando reconheceu a língua como um fato social pautado na necessidade de comunicação, no entanto, valorizou a fala ao entender a língua como uma manifestação individual do falante (BRANDÃO, 2012).

Bakhtin (2006) discordou que o enunciado não seja pertinente linguisticamente, de tal sorte que:

“Não só coloca o enunciado como objeto dos estudos da linguagem, como dá a situação de enunciação, o papel de componente necessário para a compreensão e a explicação da estrutura semântica de qualquer ato da comunicação verbal” (BRANDÃO, 2012, p. 8).

Assim, Bakhtin sustentou que não é possível reduzir a língua, objeto da linguagem, somente ao seu limite físico, ou aspecto fisiológico, ou até somente ao seu aspecto psicológico. Propondo que se considere não somente esses três aspectos, mas inserção do sujeito no meio social (SOUZA, 2006).

Dessa forma, o autor tece críticas ao que denomina de *objetivismo abstrato* e ao *subjetivismo idealista*. Sendo o primeiro representado pelo caráter positivista, cartesiano e lógico-formal, em que componentes ideológicos não cabem na língua,

sendo a mesma marcada pelas formas fonéticas, gramaticais e lexicais; nessa perspectiva a língua seria estática e ordenada (BAKHTIN, 2006; SOUZA, 2006). A segunda crítica se dá ao que preconiza o sujeito como único agente da linguagem; para Bakhtin (2006 apud SOUZA, 2006, p. 29), “a consciência individual não deve servir de base para nenhum tipo de explicação, pois ela própria precisa ser explicada de um posto de vista sociológico e trans linguístico”.

Diante disso, entende-se que a linguagem possui ao mesmo tempo um caráter formal atravessado por entradas subjetivas e sociais. Procura-se compreender a linguagem não apenas pela língua, ideologicamente neutra, mas num nível situado fora da dicotomia saussuriana, o **discurso**. Portanto, o discurso é o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos. Uma vez que os processos que constituem a linguagem são histórico-sociais, ela não pode ser estudada fora da sociedade, levando em conta suas condições de produção, irrompendo assim, a AD (BRANDÃO, 2012).

Lançados os alicerces estruturalistas com Saussure, e com base nesses pressupostos, em 1929, Roman Jakobson (1896-1982) define *estruturalismo* com a preocupação em que ele denomina como, premissas internas de desenvolvimento, para além do estímulo exterior (SOUZA, 2006). Ainda, a partir do entendimento de Jakobson (1995) sobre a enunciação, são sugeridos elementos que quando entram em ação em um discurso, o uso da linguagem se efetiva por meio da comunicação:

- a) **situação:** aquilo que pode modificar o sentido da mensagem transmitida. Lugar, época, cultura, grau de escolaridade, faixa etária das pessoas que se comunicam são alguns exemplos;
- b) **interlocutores:** as pessoas que participam da comunicação. O emissor é quem fala no discurso, a primeira pessoa; o receptor é a quem se fala no discurso, a segunda pessoa;
- c) **mensagem:** é o conteúdo que os interlocutores compartilham. O tema central da mensagem é denominado *referente*, é sobre o que ou quem se fala, a terceira pessoa;
- d) **código:** é a linguagem utilizada na elaboração ou transmissão da mensagem;
- e) **canal:** são os meios de comunicação utilizados para transmissão da mensagem;

- f) **ruído:** problema que possa ocorrer na transmissão e entendimento de uma mensagem (CHALHUB, 1993; JAKOBSON, 1995; SOUZA, 2006).

Jakobson (1995) ainda transcorreu sobre as funções da linguagem. A ênfase da linguagem pode ser exercida por cada um desses elementos, a saber: quando a linguagem diz algo sobre o próprio emissor ela possui *função emotiva*; a *função referencial* é dada quando a linguagem é utilizada para dizer algo sobre um referente qualquer; já quando o referente da linguagem é ela mesma, sua *função* é *metalinguística*; quando a ênfase for na mensagem e na linguagem em comum, refere-se a à *função poética*; contanto quando a linguagem é utilizada para convencer o receptor da mensagem, sua *função* é *apelativa*; finalmente, quando a linguagem é utilizada apenas para estabelecer e manter a comunicação, sua função é fática (CHALHUB, 1993; JAKOBSON, 1995; SOUZA, 2006). Dessa forma, o funcionalismo jakobsoniano traz suas contribuições para os estudos discursivos e declara a comunicação como um objeto de estudos (SOUZA, 2006).

Já em 1969, nos Estados Unidos, Zellig Harris (1909-1992), por meio da publicação *Discourse analysis*, manifestou a possibilidade de a análise extrapolar os limites da frase. Embora ainda com bases estruturalistas, valorizava a estrutura profunda e preterea a superfície linguística a um espaço periférico. Para Harris, o texto é a unidade linguística básica, portanto a AD para o autor é realizada a partir da relação entre tais elementos linguísticos. Ao que o autor propôs, a gramática assumiu destaque enquanto dispositivo de descrição (SOUZA, 2006).

Além de Harris, Michael Halliday (1925-2018) foi outro linguista que considerou o texto como uma unidade fundamental da análise da linguagem. No início da década de 1960, sua teoria denominada como Gramática Sistêmica Funcional tratava o texto como unidade semântica, não constituído por sentenças, mas realizado por sentenças. Sua teoria, diferente da AD, se esgotou na descrição, desconsiderando a sua forma material (ORLANDI, 2009; SOUZA, 2006).

De acordo com Souza (2006), Jakobson, Harris e Halliday marcaram uma linha da linguística para além das balizas estruturalistas, oportunizando sobrepujar as análises presas aos limites das frases. Nesse cenário despontaram também inquietações “transfrásticas”, trazendo uma nova perspectiva de análise. É assim, que Emile Benveniste (1902-1976) lançou as sementes para uma fase considerada de extrema fertilidade para os estudos do discurso.

Nessa direção, Benveniste trouxe destaque ao papel do locutor enquanto sujeito no processo de enunciação. Ao introduzir a ideia da posição do sujeito falante, destaca a relação estabelecida entre locutor, o enunciado e o mundo. E é esta relação que estará ao centro dos estudos da AD, em que o contexto sócio-histórico do enunciador assume lugar de destaque (BRANDÃO, 2012; SOUZA, 2006).

Chega-se, assim, a um ponto onde é possível constatar as duas direções da teoria do discurso. Uma em que se verifica o discurso enquanto uma extensão da linguística, correspondente à perspectiva americana. A outra, por sua vez, de perspectiva europeia, considera no discurso o sintoma de uma crise da linguística (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 1986).

A perspectiva americana, ou anglo-saxã, considera o discurso a partir de seus níveis sintáticos e semânticos, a coerência e coesão do texto, sem se preocupar com as formas de instituição de sentidos e questões extralinguísticas. A concepção europeia da AD, também denominada por linha ou matriz francesa, estabelece, em contrapartida, uma relação do discurso com as suas condições de produção. Nessa corrente, o discurso supera as dimensões gramaticais, relacionando língua, sujeito, história e ideologia ao processo linguístico (BRANDÃO, 2012; CARNEIRO, 2011; BRANDÃO, 2012).

Ao considerar o processo de TP do TDO, as premissas do que propõe a EPS e o papel social dos coordenadores e profissionais de referência do Programa Municipal de Controle de Tuberculose (PMCT), este estudo, adota a AD de matriz francesa, tendo por expoente Michel Pêcheux, enquanto referencial teórico e metodológico. Interessa assim, compreender os sentidos produzidos pelo discurso, e a relação da língua enquanto manifestação social, e por isso, a necessidade de recorrer às condições de produção para além dos seus limites isomórficos, haja vista que a língua não é somente estrutura, é estrutura, acontecimento e prática social (SOUZA, 2014).

4.3.2 AD: a língua enquanto prática social

A AD da linha francesa concebe que a captação do sentido do discurso está fortemente direcionada às reflexões sobre as perspectivas históricas, relacionadas ao texto, excedendo às 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). Essa vertente não se constitui como um campo único, homogêneo. Identifica-se em seus primórdios (anos de 1960-1970), a existência de ao menos três linhas de AD 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. Afirma-se que a linha francesa é o efeito geral dos confrontos e alianças táticas ocorridas entre essas três vertentes, tendo como expoente Michel Pêcheux (NARZETTI, 2010).

Michel Pêcheux (1938-1983) desenvolveu a AD enquanto crítica às correntes estruturalista e positivista que não incluíam em suas considerações as condições de produção, enquanto produtoras de sentidos circulantes, ignorando, dessa forma, a subjetividade que interfere na objetividade (MAINGUENEAU, 2015). Nesse sentido, admite-se presumir que por meio do discurso, é viável acessar o que há de mais singular no sujeito, quer dizer, o inconsciente, as marcas sociais e a história que o caracteriza (DORNELAS; ASSOLINI, 2016).

A AD converge três grandes áreas do conhecimento: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise. A Linguística arvora-se pela não-transparência da linguagem, a língua é o seu objeto próprio. O Materialismo Histórico ao considerar a conciliação da língua e da história para a produção de sentidos, considera a sua forma material que é incorporada à história para produzir sentidos. Por fim, a Psicanálise contribui com o deslocamento do indivíduo para a posição de sujeito, este por sua vez, é constituído na sua relação como o simbólico, na história (ORLANDI, 2009).

É nesse encontro que se localiza o **discurso**, conceito complexo desenvolvido por Michel Pêcheux. Sua natureza é complexa: pois “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).

Nesse íterim, é oportuno considerar o discurso, objeto da AD, que etimologicamente tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento; como a palavra em movimento, prática de linguagem (ORLANDI, 2009). Desse modo, a autora toma o discurso como o efeito de sentido entre os locutores. Ele é diferente da fala, tem sua regularidade, seu funcionamento é possível apreender, se não renunciar o social e o histórico, o sistema e a realização, o subjetivo ao objetivo, o processo ao produto (ORLANDI, 2009).

Com base nos pressupostos da teoria de Pêcheux, quando o teórico afirmou que o discurso é a relação da língua com a ideologia, determinando o sujeito e os sentidos, faz-se pertinente incorporar os conceitos de **sentido** e **sujeito**, dada sua relação e interdependência (FREIRE, 2021). Ambas as concepções não são definidas como algo dado *a priori*, mas constituídos no discurso (BRANDÃO, 2012). A AD busca entender como os objetos simbólicos (enunciado, texto, pintura, música etc.) produzem sentidos, o que implica em revelar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido (ORLANDI, 2009).

O sujeito da AD é o sujeito do discurso, dividido, clivado, cindido (BRANDÃO, 2012). O sujeito é afetado pela língua, e atravessado pela ideologia, que por sua vez é o que lhe constitui, é por meio dela que se produz o dizer. Portanto, o sujeito é marcado por um espaço, um tempo determinado, assim o entendimento sobre um sujeito histórico se pronuncia à ideia de um sujeito ideológico (DORNELAS; ASSOLINI, 2016). Ainda, aliando-me às últimas autoras, é pertinente salientar que a ideologia é imperativa para constituição do sujeito, é ela que o diferencia do indivíduo, ao dizer, dar sentido e interpretar, o sujeito naturaliza o que é produzido por essa relação do histórico e do simbólico (DORNELAS; ASSOLINI, 2016).

Freire (2021, p. 11) esclarece que “embora o sujeito possa dizer tudo na língua – enquanto falante do idioma -, ele não pode dizer tudo na língua – enquanto sujeito do discurso”. Na AD, nada na língua é aleatório, tudo é dado possibilidades de se dizer, determinada pelas **condições sócio-históricas de produção**. Nesse sentido, entende-se que o dizer é contingenciado por limites jurídicos, éticos, morais, políticos, econômicos, afetivos que cerceiam a liberdade de expressar, e, é determinado de fora para dentro (FREIRE, 2021).

Logo, cada situação de fala coloca o indivíduo em uma **posição-sujeito**. Esta por sua vez, como um conceito da AD, se refere ao lugar de onde se fala e de produção de sentidos. Esse lugar é simbólico, construído historicamente pelas relações sociais (FREIRE, 2021). Para ser sujeito no que se diz, o sujeito discursivo ocupa um lugar, uma posição. Ao enunciar de uma posição ele revela sua identidade em relação às outras posições (DORNELAS; ASSOLINI, 2016; ORLANDI, 2009).

Ao considerar o contexto deste estudo, que envolve o PMCT, é possível constatar a posição de gestor, da referência técnica, do profissional administrativo, do enfermeiro, do médico, do técnico em Enfermagem e demais profissionais relacionados direta ou indiretamente ao Programa. Dessa forma, os sujeitos

discursaram a partir do seu lugar e da sua fala produzem sentidos e significados a partir posição ocupada. Os dizeres são analisados como de sujeitos que ocupam lugares discursivos na sua relação da língua com a história, e não de individualidades (PÊCHEUX, 2009).

A AD compreende a língua como prática social, logo, demanda considerar o papel integrante da **ideologia**. Uma importante referência ao se tratar ideologia, é Louis Althusser (1918-1990) quando na década de 1970, trouxe uma nova abordagem sobre o conceito historicamente proposto por Marx, ao afirmar que existe uma ideologia geral, a qual todos estão submetidos, é ela que transforma o indivíduo em sujeito. Para Althusser, a ideologia é a imagem que se tem das coisas, transformada em práticas guiadas por ela. A ideologia convoca o indivíduo que se reconhece na ideologia e se condiciona a ela por meio de um *Aparelho do Estado* (FREIRE, 2021).

Para Althusser (1974), o Estado desempenha papel de mantenedor da ordem, isso acontece por meio da repressão ou da ideologia, o que acontece por meio do que ele denomina de aparelhos repressivos do Estado (governo, administração, exército, polícia, tribunais, prisões, por exemplo.) e pelos aparelhos ideológicos do Estado (como a escola, a família, a igreja, o partido político), por intermédio deles que se assegura a reprodução das relações de produção (SOUZA, 2006).

Pêcheux apodera-se do conceito althusseriano ao pensar a ideologia e sua relação com a linguagem. Freire (2021, p. 12) descreveu as ideias do autor ao afirmar que “não há sujeito sem linguagem e nem há linguagem sem ideologia. Portanto, não há sujeito sem ideologia”. Para Pêcheux a ideologia não é homogênea, nela existe uma teia de contradições internas, dentro dos próprios AIE (FREIRE, 2021).

Ainda, mesmo havendo alguns desencontros em suas teorias, há na obra de Pêcheux a contribuição dos pressupostos introduzidos por Michel Foucault (1926-1984), ao passo que este considera que os discursos são práticas do pensamento, logo, se aprende a pensar de maneira que se pensa por que se pratica isso no curso da vida (FREIRE, 2021).

Na sociedade existe um confronto entre os discursos, cada qual tentando impor os seus sentidos, nesse embate os discursos procuram se manter, suprimindo discursos contrários. Esse conflito não acaba, e é vivenciado nas práticas sociais, por isso, a língua é uma prática social de sujeitos ideológicos. Ainda, nesse conflito, há no discurso aquilo que não é aceitável, que é denominado como não-sentido – *nonsense* (FREIRE, 2021).

O contexto histórico constitui o sujeito e concebe as condições de enunciação. Nesse movimento em que o sujeito é interpelado pela ideologia por meio da linguagem, existe um processo de resistência inconsciente, o que é definido pela **deriva**. É na deriva que o sujeito muda os sentidos determinados, faz surgir outros sentidos e rompe com os discursos. Por isso se considera a natureza na psicanálise na AD, pois tudo o que não é permitido expressar devido às condições do discurso é enviado para o inconsciente. Essa possibilidade de deslocar o sentido por meio da deriva contribui para que o discurso se fortaleça, se refaça ou até mesmo desapareça, esse processo é a determinação histórica (FREIRE, 2021).

4.3.3 A produção do discurso

Ao considerar que a AD parte do princípio de que todo sujeito da linguagem é um sujeito ideológico, e que não existe língua sem ideologia, essa é a matéria-prima para as **Formações Ideológicas** (FIs). As FIs são consideradas como o berço da produção dos sentidos, é ali que os sentidos se encontram em estado bruto. Dessa forma, essa ideologia necessita ser manifestada de alguma forma, sendo a linguagem o seu meio carreador. Essa organização da ideologia por meio da linguagem acontece pelas **Formações Discursivas** (FDs) (FREIRE, 2021).

Logo, as FIs se manifestam no discurso por meio das FDs. Pela FD que se determina o que o sujeito pode ou não pode, deve ou não deve manifestar pela fala. Por isso que a FD é considerada como uma matriz de sentido, já que ao se organizar em FD, a FI determina quais os sentidos possíveis ou não (COURTINE, 1994; FREIRE, 2021). Esse movimento de seleção de sentidos possíveis é denominado **processo discursivo**, quando alguns sentidos são oportunizados pelo enunciado e outros são descartados (FREIRE, 2021).

Depois de definir o que é possível e o que não é possível, ocorre a enunciação. Quando enuncia, o texto produzido pelo sujeito adota a forma de **superfície linguística** do discurso. Associando-se a Freire (2021), a superfície linguística é a ponta do *iceberg* do sentido, pois é a parte visível da linguagem, é o que se escreve, o que se fala, o que se ouve, e o que se vê.

Em suma, acontece assim: a ideologia produz o sentido por meio dos discursos, e os discursos determinam as palavras que podem ser ditas. Esse processo de produção dos sentidos é inconsciente, por isso, o sujeito tem a sensação de presumir

que o texto ocorre somente quando é enunciado, porém, os sentidos já existem muito antes no **interdiscurso**, e são interpelados pela FI (FREIRE, 2021).

Para Orlandi (2009), o interdiscurso pode ser entendido como a memória discursiva, possibilita dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma determinada situação discursiva, assim a memória tem suas características quando analisada em relação ao discurso, por aquilo que fala antes, em outro lugar, de modo independente. Ainda, a autora sinalizou:

O sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele. Por isso é inútil, do ponto de vista discursivo, perguntar para o sujeito o que ele quis dizer quando disse 'x' (ilusão da entrevista *in loco*). O que ele sabe não é suficiente para compreendermos que efeitos de sentidos estão ali presentificados" (ORLANDI, 2009, p. 32).

Cabe destacar, contudo, a diferença entre interdiscurso e intertexto. O primeiro corresponde ao conjunto de formulações realizadas e esquecidas que determinam o que se diz, ou seja, no interdiscurso é como se falasse uma voz sem nome (COURTINE, 1994; ORLANDI, 2009). Tanto no interdiscurso, quanto no intertexto são mobilizadas as relações de sentido, porém, o interdiscurso corresponde à ordem do saber discursivo, uma memória afetada pelo esquecimento, já o intertexto se refere à relação de um texto em relação aos outros textos, não sendo estruturado pelo esquecimento como o interdiscurso (ORLANDI, 2009).

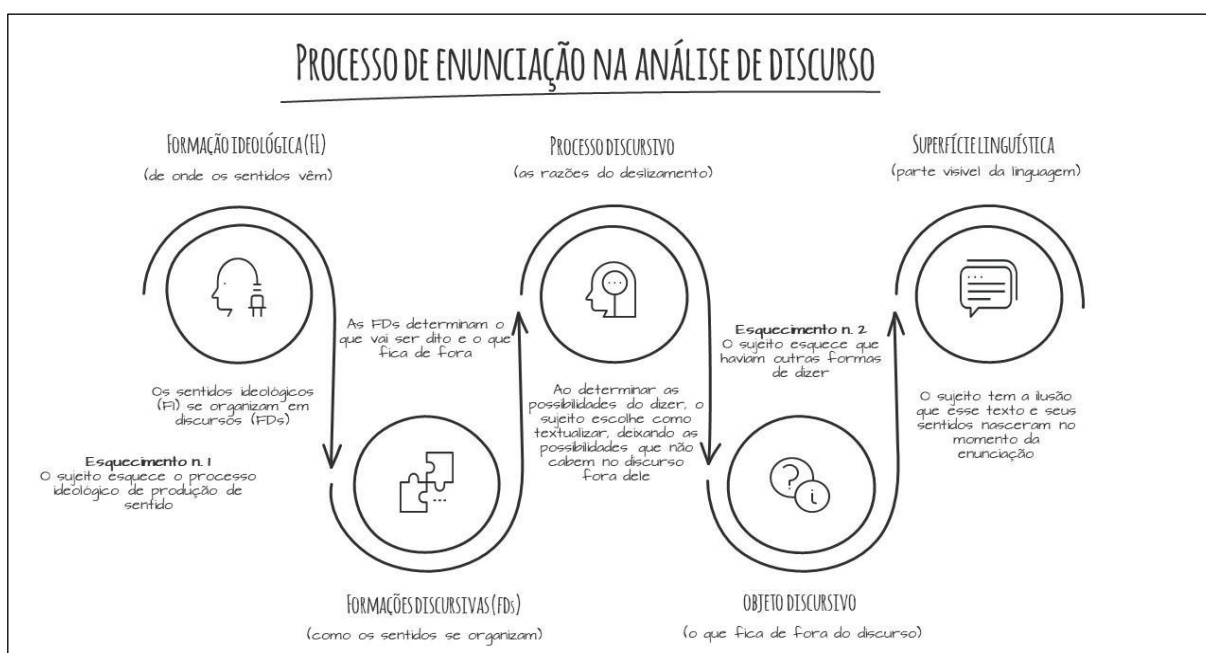
Diante disso, o que singulariza o interdiscurso é o esquecimento e a posterior disponibilização desses já ditos esquecidos, que não possuem origem definida, mas são presentes nas relações estabelecidas no âmbito social. O diálogo, dessa maneira, perpetua a necessidade de dizer aquilo que, apesar de ser continuamente repetido, faz-se sempre novo e pertinente (GOMES, 2006).

Pêcheux (1975) sinalizou que há duas formas de esquecimento no discurso. De ordem ideológica, o **Esquecimento número 1**, na instância do inconsciente, resulta do modo pelo qual o sujeito é afetado pela ideologia, ele esquece que é um sujeito ideológico. Pelo Esquecimento número 1, ocorre a falsa ideia de que somos a origem do que dizemos, porém, retomamos os sentidos já existentes. Na ordem da enunciação, no nível do interdiscurso, ocorre o **Esquecimento número 2**, solicitado pelo discurso, depois que seleciona o que vai dizer e o que vai deixar de dizer, o sujeito também esquece que fez essa seleção. Nesse âmbito, ocorre a ilusão de que o que foi dito só pode ser dito com aquelas palavras, e não com outras, essa é

denominada como ilusão referencial, pois faz o sujeito crer em uma relação direta entre o pensamento, a linguagem e o mundo. Cabe ao analista, por meio do **objeto discursivo**, identificar o que foi esquecido, como pode ser verificado neste estudo junto ao capítulo Materiais e Métodos (FREIRE, 2021; ORLANDI, 2009).

Com base em Freire (2021) e buscando favorecer o entendimento sobre como se dá o processo de enunciação na AD, a seguir está o infográfico que ilustra o processo pela figura 3.

Figura 3 - Infográfico: Processo de Enunciação na AD



Fonte: Elaborado pela autora (2021), com base em Freire (2021).

No capítulo sobre Material e Métodos será possível verificar que ao analista do discurso cabe o processo inverso, a partir de **marcas textuais** evidenciadas na superfície linguística ele procura identificar o objeto discursivo e o seu significado no processo discursivo, a partir disso distinguir as propriedades do discurso e a qual FD pertencem, para finalmente compreender qual FI sustenta as FDs (FREIRE, 2021).

Assim, este estudo buscou identificar nos discursos dos coordenadores e profissionais de referência nos PMCT, alusivos à EPS e à TP do TDO, as marcas textuais que correspondem a uma filiação de dizeres, à memória, relacionadas ao seu contexto histórico, seu significado, associados ao seu papel social. Nesse meio, é necessária uma cautela para que não haja confusão entre os conceitos sobre interdiscurso e **paráfrase**, pois esse segundo corresponde a um procedimento de

descoberta na AD que não implica no esquecimento necessário, o que é essencial para que o interdiscurso se apresente como acontecimento discursivo (GOMES, 2006). Pela paráfrase, o sujeito poderia dizer outras coisas, e essas teriam significados diferentes (FREIRE, 2021).

As marcas textuais podem ser observadas pelas palavras, frases, cores, desenhos que chamam a atenção do analista por algum motivo. Quanto a essa descrição, ela está exposta ao equívoco, pois a todo enunciado existe a possibilidade de se tornar outro, há em todo enunciado múltiplos **pontos de deriva**, que proporcionam a interpretação. Isso é o que a AD exerce, essa possibilidade de interpretar, na existência de outro lugar, passível de transferência, de identificação. Essa dependência da descrição e da interpretação funcionam como um **batimento**, concomitantemente (FREIRE, 2021; PÊCHEUX, 1997).

Diante do exposto, frente aos conceitos elementares da AD, é possível o entendimento sobre a constituição da AD para a adoção da disciplina enquanto método, a partir da constituição de lentes pelas quais se torna viável a identificação dos sentidos produzidos a partir dos discursos dos sujeitos participantes deste estudo.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Com vistas à complementaridade e o aprofundamento na compreensão dos processos de EP e a transferência do TDO, para este estudo, foi utilizada uma combinação das abordagens quantitativa e qualitativa. A pesquisa de **métodos mistos** apresenta vantagens e potencialidades, de tal sorte que oportuniza mais evidências sobre o problema de estudo, e ajuda a responder as perguntas que não são respondidas apenas com a escolha de um único método, qualitativo ou quantitativo. Assim, os dados qualitativos ajudam a explicar os dados quantitativos, e vice-versa (CRESWELL; CLARK, 2013).

Desse modo, dentre as razões para a realização de um estudo de métodos mistos, destaca-se o sentido de completude, quando o pesquisador pode obter um maior aprofundamento e compreensão da área de investigação em que ele está interessado, se ambas as pesquisas, quantitativa e qualitativa, são empregadas (BRYMAN, 2006).

Dito isso, esta pesquisa corresponde a um estudo de métodos mistos, do tipo **paralelo convergente**. Nesse tipo de desenho, utiliza-se do mesmo momento para implementar os elementos quantitativos e qualitativos durante a mesma fase da pesquisa, ambos os métodos foram priorizados igualmente, os elementos foram tratados de modo independente, e após foram analisados conjuntamente na interpretação final (CRESWELL; CLARK, 2013).

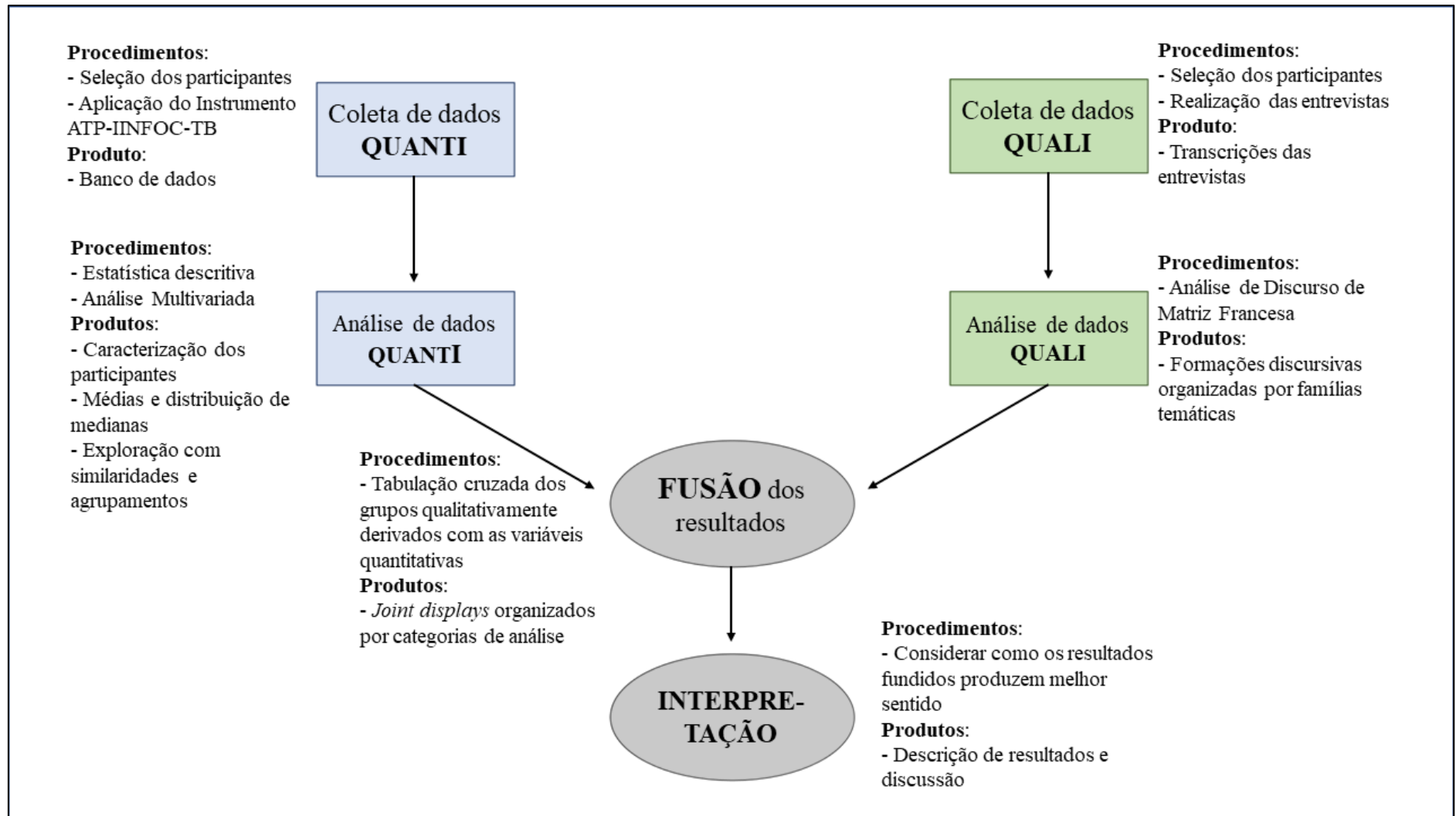
Na abordagem quantitativa os dados descrevem e explicam o fenômeno por meio da produção de regularidades exteriores ao sujeito. Já na abordagem qualitativa ocorre um aprofundamento nos significados entendidos como parte da realidade social, por meio de interpretações particulares. Diz-se que entre essas duas abordagens há uma oposição complementar produzindo informações ricas, com interpretações profundas e fidedignas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Assim, foram utilizados dados quantitativos, provenientes da aplicação do instrumento - Avaliação da TP – Inovação, Informação e Conhecimento no controle da Tuberculose (ATP-IINFOC-TB) aos profissionais de saúde, e, como complementariedade foi realizada a consulta às fontes secundárias (sistemas de informação – SINAN, SIAB, DATASUS). Os dados qualitativos foram obtidos por meio

da aplicação de entrevistas semidirigidas aos coordenadores municipais e profissionais de referência dos PMCT.

Vistas as bases teóricas sobre a TP e EPS, que embasaram tanto a análise quantitativa, quanto a qualitativa, e considerando a importância do discurso para o entendimento desse movimento junto aos coordenadores e profissionais de referência dos PMCT, utilizou-se o referencial teórico-metodológico da AD de Matriz Francesa para fundamentar e compreender melhor a abordagem qualitativa. A figura 4 apresenta por meio de infográfico as etapas do estudo.

Figura 4 - Fluxo das etapas da pesquisa

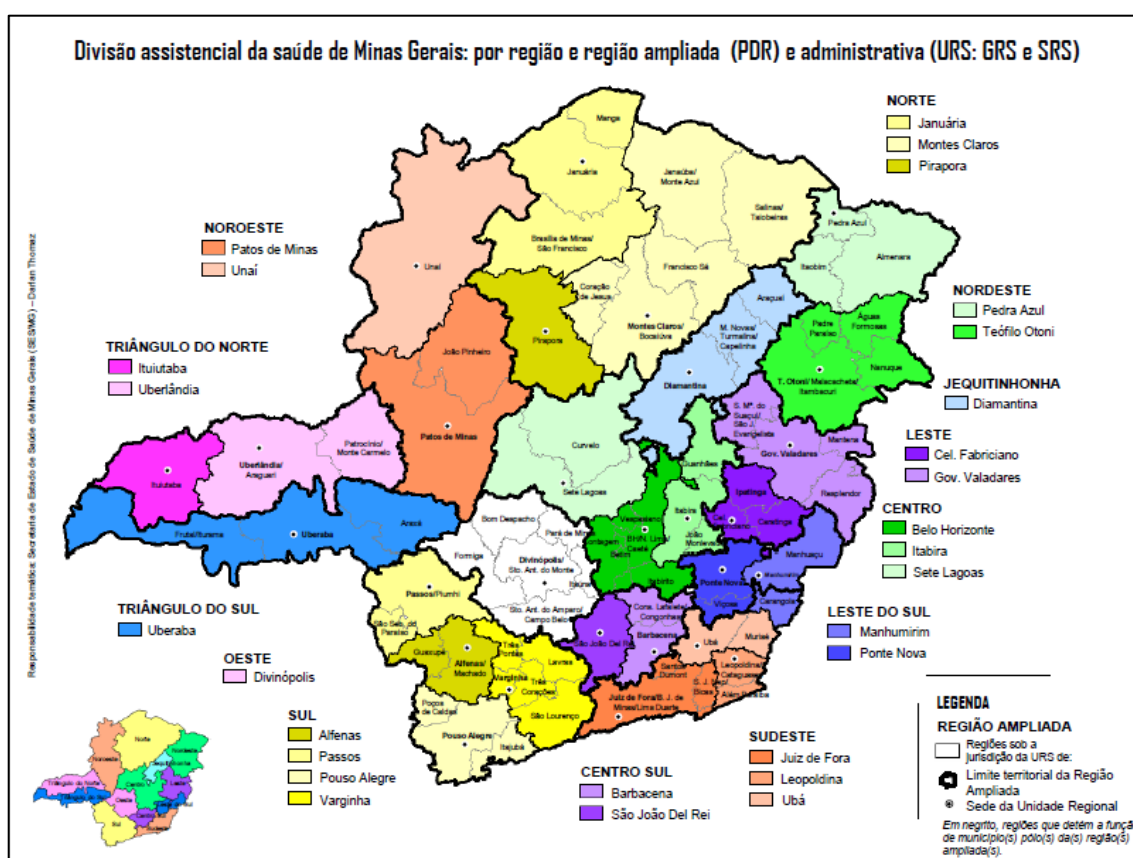


Fonte: Creswell e Clark (2013).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios, organizados em dez regiões administrativas, dentro das quais estão estabelecidas 13 macrorregiões de saúde. Nesta divisão estão conformadas 28 Unidades Regionais de Saúde (URS), organizadas em 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e dez Gerências Regionais de Saúde (GRS) (MINAS GERAIS, 2011a; 2011b), conforme pode ser observado pela apresentação cartográfica na figura 5.

Figura 5 - Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais: por região e região ampliada (PDR) e administrativa (URS: GRS e SRS)



Fonte: Minas Gerais (2013).

Como pode ser observado, as macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul estão localizadas na região administrativa do Triângulo.

A macrorregião Triângulo do Norte é constituída por três microrregiões, e corresponde a uma extensão territorial de 42.783,8 Km², compreendendo 27 municípios, atendidos pela SRS de Uberlândia e GRS de Ituiutaba, compreendendo

uma população de 1.199.908 habitantes (MINAS GERAIS, 2019a; 2019b). A GRS de Ituiutaba está vinculada à SRS. O município de Uberlândia é o município polo da macrorregião e sede da SRS.

O município de Uberlândia possui uma população estimada, no ano de 2017, de 676.613 habitantes. A cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária corresponde a 49%. Os serviços de APS estão organizados em oito Unidades de Atendimento Integral (UAI), em oito Unidades Básicas Saúde (UBS), 52 Unidades Básicas de Saúde da Família, cinco Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), e duas Unidade de Apoio na Zona Rural, e uma Unidade de Programas Especiais. A atenção à TB é descentralizada para a APS com retaguarda da equipe do PCT (MINAS GERAIS, 2019c; PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2018). A organização dos SSA do município para atendimento dos casos de suspeita de TB pode ser observada nas figuras 6 e 7.

A macrorregião Triângulo do Sul possui extensão de 35.534,8 Km², organizados em três microrregiões, e corresponde a 27 municípios, com população estimada em 689.202 habitantes (MINAS GERAIS, 2019c), seu polo é o município de Uberaba, sede da SRS.

Uberaba possui uma população estimada no ano de 2017 em 328.272 habitantes. A cobertura das equipes de atenção primária é de 74%, o serviço conta com 51 equipes de Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 28 Unidades de Saúde e sete Pontos de Apoio; uma Clínica da Família/Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS); uma equipe de Consultório de Rua (eCR) modalidade I. O PMCT foi descentralizado em 2008. Contudo, não existe um fluxo formal de atendimento implementado no município (MINAS GERAIS, 2019c; PREFEITURA DE UBERABA, 2017).

Para este estudo foram selecionados os municípios de Uberlândia e Uberaba, sendo o critério de seleção determinado a partir de uma amostra intencional que, segundo Barros e Lehfeld (2000), baseia-se na estratégia para que se escolham os elementos da amostra, de acordo com as características estabelecidas.

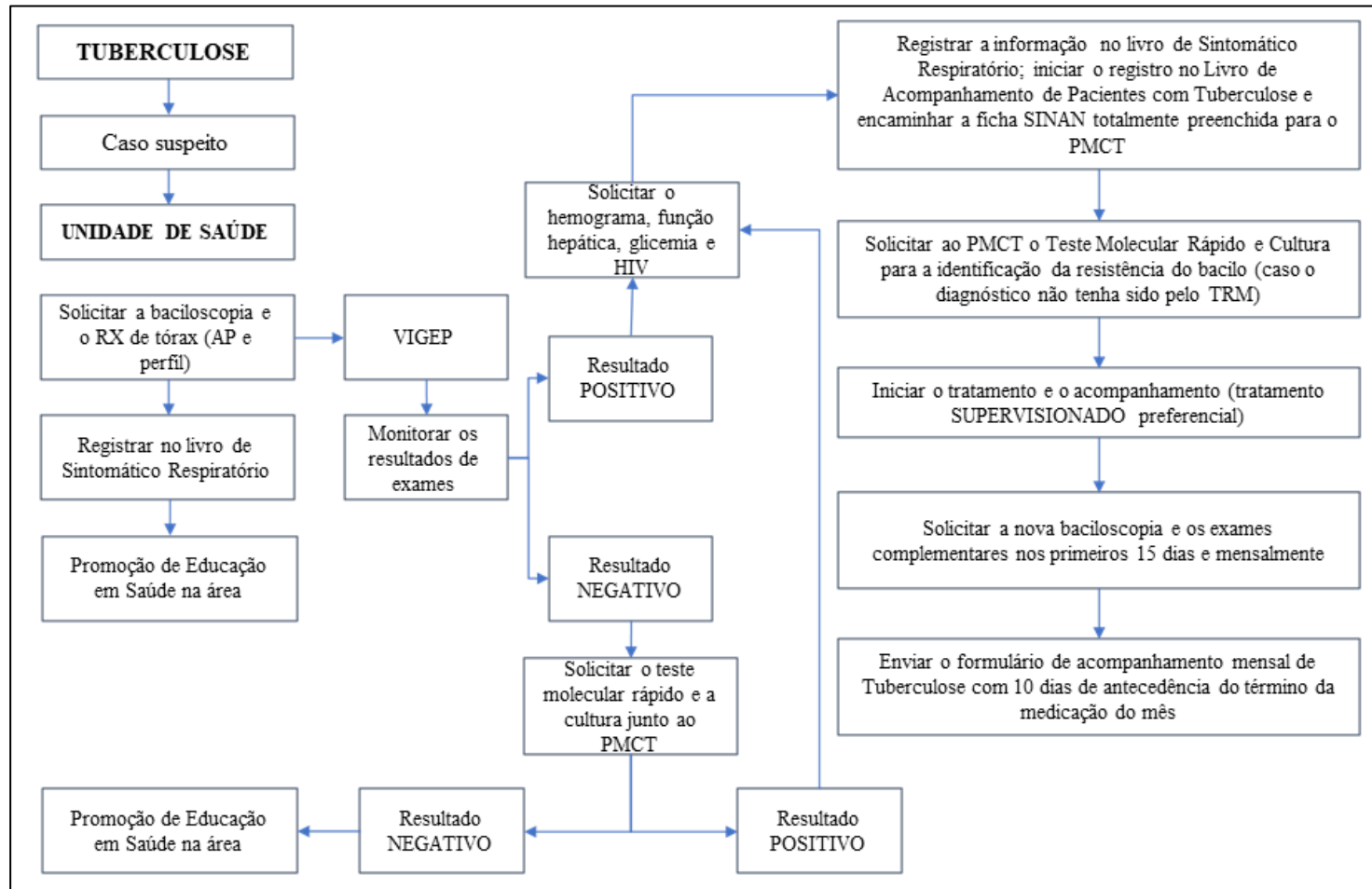
Foram utilizados três critérios de seleção dos municípios estudados:

- a) O primeiro critério está relacionado ao número de casos de TB notificados no ano de 2017, ao passo que das 28 Regionais de Saúde de Minas Gerais, as Unidades de Uberlândia tinham 178 casos notificados, e Uberaba com 140 notificações, ocupavam o 5º e 9º lugar

em notificação de casos de TB, respectivamente (MINAS GERAIS, 2019d).

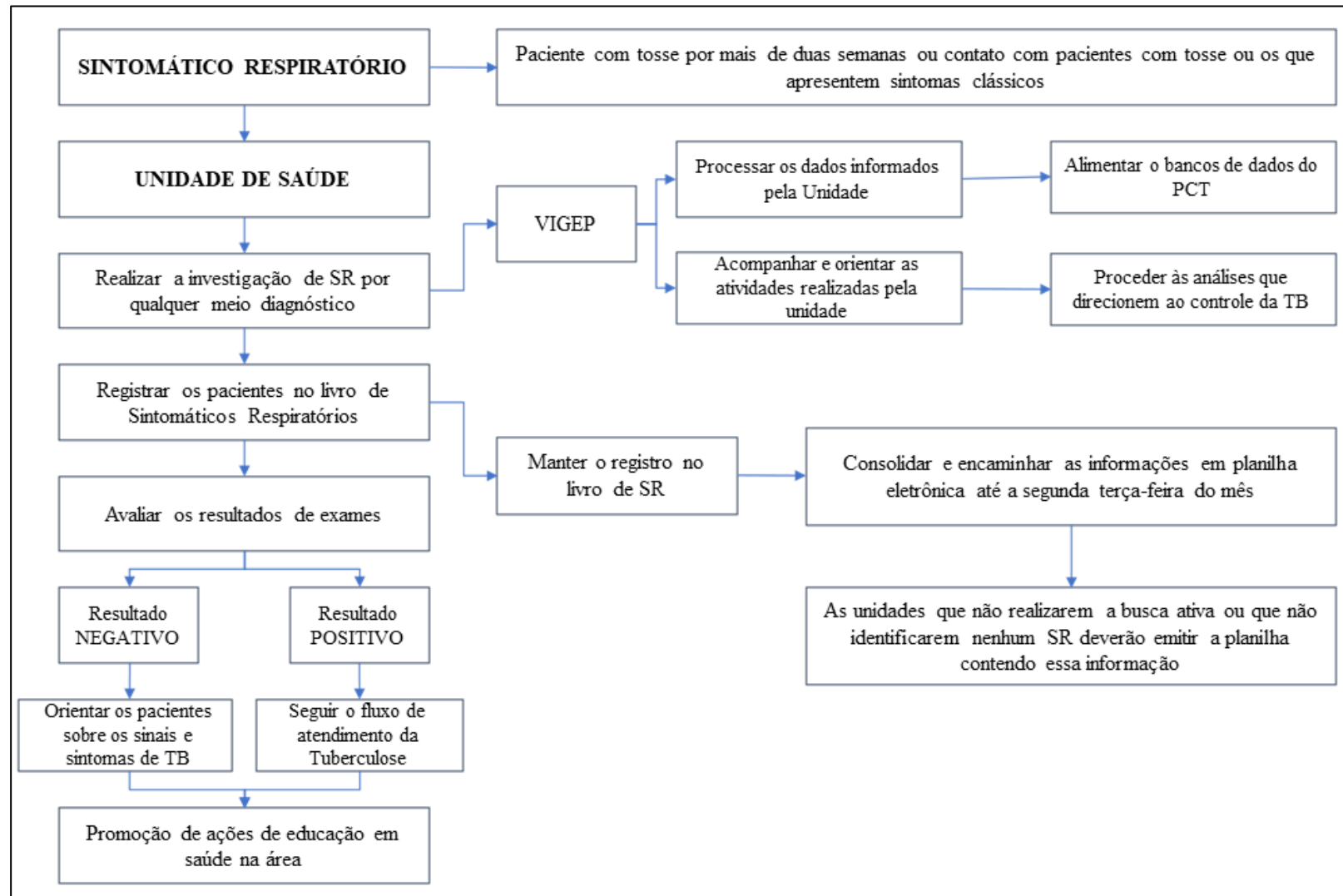
- b) O segundo critério diz respeito aos coeficientes de incidência e mortalidade por TB. A regional de Uberlândia apresentou no ano de 2017 um coeficiente de incidência de 13,3 casos/100 mil habitantes, e um coeficiente de mortalidade de 0,8 óbito/100 mil habitantes. Já a regional de Uberaba apresentou no mesmo período um coeficiente de incidência de 16 casos/100 mil habitantes e um coeficiente de mortalidade de um óbito/100 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2019d).
- c) Quando comparados esses valores à meta do Plano Nacional pelo fim da TB (BRASIL, 2017a), observa-se que a regional de Uberlândia alcançou a meta referente ao coeficiente de mortalidade, contudo ainda necessitam ações para a adequação do coeficiente de incidência. Contudo, a regional de Uberaba ainda apresenta ambos os coeficientes acima da meta nacional (MINAS GERAIS, 2019d).
- d) Como terceiro critério, utilizou-se a referência de municípios das SRS Uberlândia e Uberaba, ambos polos das macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, respectivamente. Os municípios polo são caracterizados pela referência regional significativa que assumem sobre os outros, pela capacidade atual e potencial de equipamentos e de fixação de recursos humanos especializados (MINAS GERAIS, 2011a).

Figura 6 – Fluxo de atendimento PCT no município de Uberlândia (MG)



Fonte: Adaptado de Vigilância Epidemiológica. Prefeitura de Uberlândia (2020).

Figura 7 – Fluxo de atendimento ao Sintomático Respiratório no município de Uberlândia (MG)



Fonte: Adaptado de Vigilância Epidemiológica. Prefeitura de Uberlândia (2020).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ao considerar o processo de TP relacionado ao TDO e PCT, os participantes deste estudo são considerados atores importantes para a efetivação da TP e à implementação da política.

Para alcançar o objetivo I foram consultados os profissionais de saúde de nível médio e superior (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem) que estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2019B). Assim, 583 profissionais estavam registrados e atuavam na APS no município de Uberlândia, e 176 profissionais no município de Uberaba, totalizando 759 profissionais.

Segundo Dell, Holleran e Ramakrishnan (2002) aproximadamente três ou quatro fatores devem ser conhecidos para a determinação do tamanho amostral, entre eles estão: o tamanho de efeito que pode ser obtido utilizando a média e variância, a distribuição da amostra, o poder do teste e a significância.

De acordo com Cohen (1988), o tamanho do efeito, “*effect size*” ou (ES) se define como o grau ou dimensão em que o fenômeno está presente na população. O tamanho do efeito é exclusivo da amostra coletada, representando a mensuração em unidades de desvio-padrão ou a magnitude a qual o pesquisador pretende que o teste de hipótese seja capaz de detectar.

O poder do teste por sua vez se refere à suposição de probabilidade do pesquisador em relação ou poder de detecção do teste em sinalizar a diferença especificada anteriormente pelo tamanho do efeito, o poder do teste em geral é fixado por convenção, na maioria dos trabalhos científicos é igual ou superior a 80%.

O risco α também deve ser levado em conta, conhecido como significância expressa à suposição da probabilidade do erro tipo I (rejeição da hipótese nula quando esta é verdadeira), o qual também é controlável pelo pesquisador, e na maioria dos artigos e trabalhos científicos apresenta os seguintes níveis 0,01, 0,05 e 0,10. O usual é 0,05.

Diante disso, foi realizado o cálculo amostral utilizando o pacote “*pwr*” do Software “R”, considerando a “*Power analysis*” e parâmetros para o grupo de profissionais de saúde:

- a) $d=0.2$ (ES pequeno – detectar diferenças de 10% entre estar ou não em um grupo satisfatório, ou seja, acima de 60% no instrumento);

- b) poder da análise= 80%;
- c) $\alpha = 5\%$ ($p > 0.05$ - bilateral);

Assim, o cálculo de amostra resultou em 193 indivíduos, sendo considerado o acréscimo de 10% para cobrir possíveis perdas, totalizando 212 participantes a amostra ideal.

Para contemplar o objetivo II, considerando a definição do conceito-análise, foram definidos como **enunciadores** os coordenadores municipais e profissionais de referência das equipes do PCT nos referidos municípios. Os participantes foram selecionados por conveniência seguindo as recomendações à AD, ou seja, de maneira intencional, sendo considerado como os atores-chave, dado o seu envolvimento com o PCT nos municípios.

Critérios de inclusão: para o objetivo I foram considerados os profissionais com experiência profissional no acompanhamento do TDO; ao que tange o objetivo II foram incluídos os coordenadores municipais e profissionais de referência que atuam com o controle da TB, mantido a mesma orientação da AD.

Critérios de exclusão: foram os profissionais de saúde em período de férias ou afastados por licença-saúde; e profissionais que após três tentativas não agendaram a entrevista ou não responderam ao questionário encaminhado via e-mail ou aplicativo de mensagem no prazo de 30 dias.

5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Abordagem quantitativa: “ATP-IINFOC-TB”

Para contemplar o objetivo específico I foram realizadas as entrevistas aos profissionais de saúde envolvidos com o TDO nos referidos municípios, por meio da aplicação do instrumento “ATP-IINFOC-TB” (ANEXO A).

Trata-se de um instrumento construído e validado em face e conteúdo, que objetiva avaliar a transferência do TDO para os SSA segundo a perspectiva dos profissionais de nível médio e superior que atuam com as ações de controle da TB (SILVA, 2016). O instrumento contém 39 itens, em forma de escala do tipo *Likert*, com as seguintes opções de resposta: discordo (1), discordo parcialmente (2), indiferente (3), concordo parcialmente (4), concordo (5) e não se aplica (6).

Para fins, neste estudo, foram selecionadas as questões com base nos pressupostos teóricos da EP, e organizadas por domínios de análise. Dessa forma, o domínio global “EP” é contemplado com 23 itens, relacionados à execução, manutenção e expansão do TDO, e organizados em quatro subdomínios definidos pelo tema de abordagem dos seus itens: Ações da Gestão para a Equipe/Unidade de Saúde (AG); Ações da Equipe/Unidade de Saúde (AE); Ações Individuais do Profissional (AI); Estratégias/Ferramentas Educativas (EE). A seleção dos itens considerados neste estudo, pode ser observada no quadro 1.

Ainda, as variáveis de caracterização foram: sexo, idade, município, função, nível de formação e tempo de exercício na atual função.

Quadro 1 – Itens selecionados do instrumento ATP-IINFOC-TB segundo o domínio global EP e subdomínios.

	Subdomínios	Item do Instrumento	Questão/Variável
EP	AG	1	A coordenação do PCT municipal/estadual) tem discutido o TDO com a equipe da 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.
		14	A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.
	AE	2	O TDO tem sido discutido entre os profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.
		13	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.
		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.
		29	A unidade de saúde em que trabalho criou estratégias para trabalhar com o TDO.
		34	Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional.
		37	Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.
	39	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.	
	AI	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.
		15	Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.
		36	Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.

EE	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 aos materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).
	20	Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

5.4.2 Abordagem qualitativa: entrevista semiestruturada

Para contemplar o objetivo específico II os dados foram produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas com os coordenadores do PCT e os profissionais de referência com envolvimento com o TDO e o controle da TB (APÊNDICE A). O formato semiestruturado para as entrevistas possibilitou realizar as perguntas conforme os objetivos propostos, a partir de um roteiro preestabelecido, e sua condução conforme a participação do sujeito, permitindo a inclusão de questionamentos (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

O roteiro preestabelecido continha as seguintes perguntas:

- a) Qual a sua experiência no controle da TB?
 1. Você tem alguma experiência com o TDO?
- b) Comente as estratégias utilizadas para fortalecer o TDO e o controle da TB?
- c) Como o TDO é discutido na sua equipe/com as equipes?
- d) Qual a sua experiência com ações de EP?
 1. Você tem experiência com ações educativas para o TDO?
- e) Fale sobre suas impressões sobre a EP e o TDO?
- f) Comente sobre as fragilidades do TDO e controle da TB.
- g) Comente sobre as potencialidades do TDO e controle da TB.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, as Secretarias Municipais de Saúde foram comunicadas sobre o início da coleta de dados e a inserção da equipe de pesquisa em campo. A equipe foi constituída pela pesquisadora e três assistentes de pesquisa.

5.5.1 Dados quantitativos

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, e antes de iniciar a coleta, as assistentes de pesquisa foram treinadas pela pesquisadora para os procedimentos de coleta dos dados.

Inicialmente, foram disponibilizados os contatos dos gerentes das unidades de saúde, por meio dos quais era apresentado, brevemente, o objetivo da pesquisa e agendado o encontro com a equipe na unidade de saúde. No momento oportuno e agendado pelo gerente, os coletadores compareceram às unidades para a apresentação dos objetivos do estudo, e oportunizar a participação dos profissionais, momento em que era aplicado o instrumento aos que aceitaram participar.

Ressalta-se que nesta etapa, a coleta fora realizada no ambiente de trabalho, de modo que fosse garantida a maximização das respostas do instrumento, seguindo as recomendações de Hair Junior *et al.* (2005). Também fora recomendado aos participantes que respondessem o instrumento individualmente, de modo que fosse expressa sua própria opinião, sem influências de terceiros. sempre que necessário, o entrevistador estava disponível para sanar as dúvidas dos depoentes.

No mês de março, atendendo às recomendações de restrições devido à pandemia da *Corona Vírus Disease* (COVID-19), a coleta presencial foi suspensa. No mês de junho, após aprovação da ementa realizada junto ao Comitê de Ética em Pesquisas, a coleta de dados foi retomada em formato eletrônico com a aplicação do instrumento utilizando o aplicativo de gerenciamento de pesquisas “Formulários Google”. O novo formato eletrônico do instrumento ATP-IINFOC-TB foi apresentado à sua autora, que autorizou a aplicação dele.

Ao manter o contato e a referência dos gerentes das unidades, era apresentada a pesquisa e solicitados os contatos dos profissionais, número de telefone para o envio de mensagem por aplicativo de mensagens instantâneas ou endereço de *e-mail*, a

julgar pela preferência do participante. Tão logo, de posse dos contatos, os coletadores enviaram o convite para o profissional participar da pesquisa. O convite versava sobre a apresentação da pesquisa, exposição do objetivo geral e *link* de acesso ao questionário:

*“Olá! Este é um convite para participar da pesquisa “A EP em Saúde na TP do TDO para o controle da TB em municípios do Triângulo Mineiro”, sob a responsabilidade da aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), Rosana Huppés Engel e orientador Professor Pedro Palha. Sua participação consiste no preenchimento do formulário disponível no link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfQaPQjWFkyrp8ID4Gwm2DGxKUIIjdapq3xoOI5Mmtlvw1oqg/viewform?usp=sf_link. São necessários poucos minutos para as respostas e você pode fazer no seu tempo disponível. Apenas é importante que você siga todas as etapas! A sua participação é muito importante! Desde já agradecemos suas contribuições!
Rosana Huppés Engel - pesquisadora responsável”.*

O *link* direcionava o participante ao formulário, onde inicialmente era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao final do mesmo, quando o participante aceitava, ao clicar em “aceito participar deste estudo”, era direcionado ao questionário. Caso o participante não aceitasse participar e ao clicar em “não aceito participar deste estudo” o documento era encerrado.

A coleta foi encerrada em fevereiro de 2021, quando atingida a amostra ideal, sendo que o link para acesso do instrumento era encerrado.

5.5.2 Dados qualitativos

A coleta dos dados qualitativos foi realizada no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021. As entrevistas foram realizadas de maneira remota, por meio do serviço de comunicação por vídeo *Google Meet*, ou pelo *Zoom Cloud Meetings*, a depender da disponibilidade e preferência do entrevistado. Devido a indisponibilidade

de equipamentos de áudio e vídeo por parte de um depoente, houve a necessidade de realização da entrevista de modo presencial. Na ocasião foram respeitados os protocolos e orientações para a prevenção de transmissão da COVID-19, sendo realizado com o uso de máscara, respeitando o distanciamento social, higienização das mãos nos momentos preconizados, e mantido o ambiente completamente arejado, portas e janelas foram mantidas abertas.

As entrevistas ocorreram conforme a disponibilidade do participante, sendo agendadas em momento que fosse oportuno e conveniente para ele.

5.5.2.1 Condições de produção dos dados empíricos

Ao levar em consideração os pressupostos da AD, as **condições sócio-históricas de produção** determinam o uso de palavras e frases e as possibilidades de dizer. Enquanto falante, o sujeito pode dizer tudo na língua, contudo enquanto sujeito do discurso, não é possível que ele diga tudo na língua. No discurso há limites jurídicos, morais, éticos, políticos, econômicos, afetivos que contingenciam o dizer de fora para dentro. Nesse sentido, a **posição-sujeito** é o lugar de onde se produz os sentidos, construído pelas relações sociais (FREIRE, 2021).

Para Orlandi (2009), a maneira como a memória aciona as condições de produção é fundamental. A autora ressalta que as condições de produção podem ser consideradas em sentido estrito e no seu sentido amplo. No sentido estrito estão as circunstâncias da enunciação, o contexto imediato. Já em sentido amplo as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico e ideológico (ORLANDI, 2009).

Dito isso, considerando esta etapa de produção de dados, as condições de produção manifestadas no contexto imediato são:

E1: responsável técnico(a)(RT) do PMCT, enfermeiro(a), especialização em docência, servidor(a), lotado(a) no Setor de Vigilância Epidemiológica, atua há 13 anos na função. Entrevista realizada de maneira remota por meio do *Zoom Cloud Meeting*, o(a) entrevistado(a) encontrava-se no seu ambiente de trabalho, houve interferência de ruídos e conversas, porém, não houve interrupção e teve a duração aproximada de 1 hora e 15 minutos.

E2: RT do PMCT, enfermeiro(a), mestre, servidor(a), vinculado(a) ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, tem 13 anos de vivência na função. Entrevista realizada presencialmente, por demanda do(a) entrevistado(a), no

ambiente de trabalho, sendo adotadas as medidas para prevenção da COVID-19. Houve interferência de ruídos e conversas, contudo a entrevista transcorreu sem interrupções e teve duração de 26 minutos.

E3: cargo comissionado como chefe do Departamento de Atenção Básica enfermeiro(a), especialista. Há um ano na atual função, com experiência de oito anos na Secretaria Municipal de Saúde. Entrevista realizada de modo remoto por meio do *Google Meet*, o(a) entrevistado(a) encontrava-se no domicílio. A entrevista transcorreu sem interferências e interrupções, e teve a duração de 15 minutos.

E4: assistente em Saúde Pública, possui graduação e pós-graduação em Pedagogia, servidor(a), atua no PMCT, vinculado(a) ao Setor de Vigilância Epidemiológica, há quatro na atual função. Entrevista realizada de modo remoto, por meio do *Google Meet*, o(a) entrevistado(a) encontrava-se no domicílio. A entrevista teve duração de 35 minutos, e houve necessidade de interrupção por um momento para que o(a) entrevistado(a) atendesse a terceiros.

E5: função gratificada como diretor(a) de Vigilância em Saúde, coordenador(a) da Vigilância Epidemiológica, enfermeiro(a), especialista, atua há 23 anos na função. Entrevista realizada de modo remoto, por meio do *Google Meet*, o(a) entrevistado(a) encontrava-se no ambiente de trabalho, houve interferências de ruídos e conversas. Houve a interrupção devido a chamada telefônica. Ocorreram falhas na Internet por alguns momentos. A entrevista teve a duração de 38 minutos.

5.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao seguir as orientações de Creswell e Clark (2013), considerando a variante das bases de dados paralelas, em um projeto paralelo convergente, os dois elementos, quantitativo e qualitativo, foram conduzidos de modo independente e reunidos na interpretação.

Empregou-se, neste estudo, como tipo de análise de métodos mistos a **fusão da análise dos dados para comparar os resultados**, sendo adotada a **mostra conjunta**, por meio de *joint displays*, com a adoção de categorias para análise dos dados fundidos (CRESWELL; CLARK, 2013) para viabilizar e facilitar a apresentação e interpretação dos resultados (LORENZINI, 2017; OLIVEIRA, 2020). Ressalto que *joint displays* são consideradas estratégias de apresentação de dados em mostras

conjuntas, aparecendo inclusive como sinônimos destas em algumas circunstâncias (OLIVEIRA, 2020).

Dessa forma, foram realizados os procedimentos de análises dos dados com métodos quantitativos e qualitativos separadamente, e sua convergência é apresentada nos resultados e na discussão.

5.6.1 Dados quantitativos

Inicialmente, os dados obtidos foram digitados, compilados, e codificados em planilha do programa *Microsoft Excel*. Para as análises estatísticas foram utilizados o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 24, e o *software Statistica 7*, da *Statsoft.Inc*.

Para a distribuição de frequências das respostas aos itens do instrumento foi considerada a pontuação: discordo 1 ponto; discordo parcialmente 2 pontos, indiferente 3 pontos, concordo parcialmente 4 pontos e concordo 5 pontos. Foi realizada inversão de valores aos itens negativos (4, 12 e 16), sendo que a pontuação máxima foi considerada o maior nível de positividade em relação à TP do TDO (SICSÚ, 2017). Às respostas que foram sinalizadas pelo participante como “Não se aplica” foram consideradas como valor omissivo.

Para subsidiar as análises, tomando por referência o modelo analítico utilizado em Sicsú (2017), foi calculada a média e escore padronizado de cada item analisado do instrumento, utilizando as expressões:

$$Média\ padronizada = \frac{Média - Mínimo}{Máximo - Mínimo}$$

$$Escore\ padronizado = \frac{Média - Mínimo}{Máximo - Mínimo} \times 100$$

Ao considerar os valores possíveis nos itens, os valores mínimo e máximo são representados por 1 e 5, respectivamente, a média corresponde um valor entre 1 e 5, e a média padronizada um valor entre 0 e 1.

Para a análise de desempenho nos itens avaliados, foi considerado o escore padronizado e adotado o parâmetro de referência em Sicsú (2017), sendo classificado como resultados não favoráveis, aqueles abaixo ou igual a 60% e favoráveis, os acima de 60%.

Diante de tais definições, foram realizados os procedimentos de estatística descritiva: distribuição da frequência (absoluta e relativa), cálculo de medida de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e amplitude de variação) com vistas à caracterização dos participantes em relação às variáveis analisadas e a distribuição de frequências das respostas dos itens do ATP-IINFOC - TB.

Para o modelo analítico proposto, foram consideradas como variáveis independentes Município (“Município 1” e “Município 2”), Sexo (feminino e masculino), Tempo de Experiência na atual função (≤ 9 anos e ≥ 10 anos), Função (Auxiliar/Técnico de Enfermagem – TE, Enfermeiro e Médico), e Formação (Ensino Médio, Ensino Superior, Pós-graduação *Lato Sensu* e Pós-graduação *Stricto Sensu* para as análises bivariadas, e para a Análise de Correspondência (AC) foi adotada ainda a categoria Não Informado (NI). O Domínio Geral EP e os Subdomínios AG, AE, AI e EE, foram considerados como variáveis dependentes.

Para verificar a normalidade dos dados foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Nessas análises, a distribuição dos domínios em pelo menos um estrato dos fatores considerados não foi aderente à distribuição normal. Portanto, foram aplicados os testes não-paramétricos de *Mann-Whitney* (dois grupos) e *Kruskal-Wallis* (mais de dois grupos) para comparar as distribuições dos escores padronizados dos domínios, de acordo com os grupos analisados. No caso da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, quando observada a diferença significativa, foram realizadas em seguida as comparações múltiplas das médias das ordens com teste de *Dunn*. O nível de significância crítico adotado em todos os testes foi de 5,0% ($p < 0,050$).

Para verificar as relações de interdependências entre as variáveis, foram realizadas as AC e Análise de Agrupamentos. De acordo com Alves, Belderrain e Scarpel (2007) e Hair Junior *et al.* (2009) a AC e Análise de Agrupamentos são classificadas como técnicas de interdependência, uma vez que consideram simultaneamente todas as variáveis em estudo, com vistas a encontrar uma estrutura subjacente ao conjunto inteiro de variáveis. A AC se refere à inclusão de dados nominais, já a Análise de Agrupamentos considera os dados mensurados em escala numérica contínua.

A AC possibilita a visualização das categorias das variáveis estudadas em uma tabela de matriz, e por esse meio verificar o grau de interação entre elas. Seus principais conceitos são os perfis de linha ou coluna e a distância qui-quadrado

(INFANTOSI; COSTA; ALMEIDA, 2014). Para a AC, os resultados das médias dos itens foram categorizados e agrupados em duas categorias: resposta não favorável (1) que corresponde as médias de 0,00 a 0,60, e respostas favoráveis (2) composta pelas médias de 0,61 a 1,00.

As coordenadas de cada dimensão em uma AC expressam a similaridade entre as categorias e a importância de cada categoria das variáveis analisadas na dimensão considerada. As coordenadas com maior valor absoluto são das categorias que apresentam maior contribuição na explicação da variabilidade (inércia) da dimensão considerada. As coordenadas de mesmo sinal são de categorias que apresentam padrão mais semelhante de resposta aos questionários. Sinais diferentes entre as categorias identificam aquelas que apresentam maiores diferenças entre as respostas aos questionários.

O quadrado do cosseno (Cos^2) é a proporção da variabilidade (inércia) de cada categoria explicada pela dimensão considerada. Também pode ser interpretada como a correlação ao quadrado entre a categoria e a dimensão consideradas. Maiores valores do Cos^2 expressam maior contribuição da categoria à inércia da dimensão considerada.

A Análise de Agrupamentos foi realizada para localizar as observações homogêneas em grupos, com a intenção de definir uma estrutura para os dados (HAIR JUNIOR *et al.*, 2009) e auxiliar na interpretação dos resultados da AC (ALVES; BELDERRAIN; SCARPEL, 2007). A Análise de Agrupamentos seguiu a técnica hierárquica, sendo utilizado a Distância Euclidiana como medida de similaridade, o Método de *Ward* para a formação do agrupamento, e o nível de similaridade para a definição dos grupos. Essa técnica é apresentada pelos gráficos denominados dendrogramas, os quais o nível de similaridade é indicado pela escala horizontal, e no eixo vertical são apresentados os elementos na ordem conveniente ao agrupamento (ALVES; BELDERRAIN; SCARPEL, 2007). Para este estudo, adotou-se como critério para a definição do número de grupos o nível de corte entre a maior distância no eixo horizontal.

5.6.2 Dados qualitativos: tratamento das entrevistas

Inicialmente, reforça-se Freire (2021) quando este defende que, quando se propõe a realização de uma análise, busca-se investigar como um texto constrói um

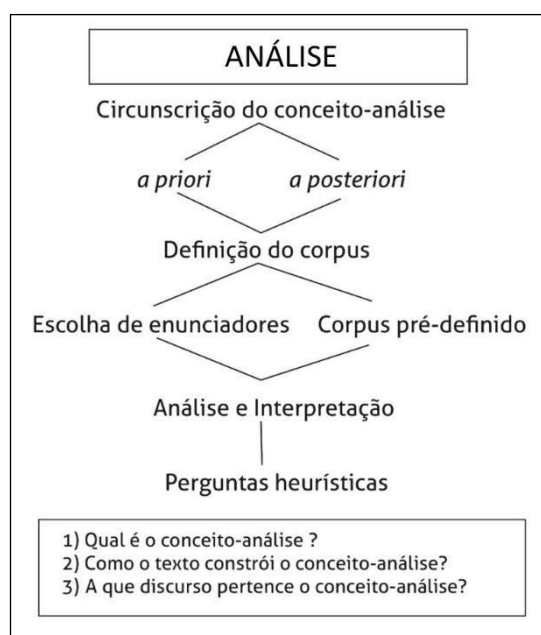
sentido sobre determinado tema. Reafirma-se o que este autor aliado a Orlandi (2009) defende, ou seja, que não é de poder de um analista interpretar ou descrever um texto, logo, seu objetivo e função é compreender como um texto produz sentido por intermédio de seus mecanismos de funcionamento.

Ainda, associa-se Orlandi (2009) quando definiu:

A AD não estaciona na interpretação, trabalha os seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação. Também não procura um sentido verdadeiro por meio de uma 'chave' de interpretação. Não há esta chave, há método, há construção de um dispositivo teórico. Não há uma verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o constituem e que o analista, com seu dispositivo, deve ser capaz de compreender (ORLANDI, 2009, p. 26).

Para fins deste estudo, foram adotados os procedimentos metodológicos de análise recomendados por Freire (2021) resumidos pelo esquema apresentado na Figura 8 e descritos a seguir.

Figura 8 - Procedimento metodológico de análise



Fonte: Freire (2021).

Dessa forma, considerando os pressupostos da AD de Matriz francesa encontrados nos autores supracitados, o processo de análise se inicia pela **circunscrição do conceito-análise**, sendo este definido como objeto da análise. Como se vê acima, o conceito-análise pode ser estabelecido em dois momentos:

conceito-análise *a priori*, pela definição do interesse do analista; ou conceito-análise *a posteriori*, quando seu surgimento acontece durante o processo de análise. Assim, a circunscrição do conceito-análise, neste estudo, foi dada *a priori*, pela manifestação de interesse da analista pela “EP na transferência do TDO”.

Na AD, a análise se pratica com textos, materialidade linguística, o que é definido como o objeto teórico discurso, é aquilo que é manejado pelo analista. Os textos de uma análise compõem o **corpus** do estudo (FREIRE, 2021). Neste estudo, o *corpus* foi composto a partir das entrevistas realizadas com os enunciadorees.

Após a transcrição das entrevistas, que compõem o material bruto, ou seja, a superfície linguística do discurso, e realização da primeira leitura, também denominada por **leitura flutuante**, em que não há a preocupação com a análise propriamente dita e onde se confirma se o conceito-análise foi abordado no texto (FREIRE, 2021), foi realizada a organização dos dados com ajuda do *software ATLAS.ti 6.2*, com a criação de uma Unidade Hermenêutica (UH) constituída pelas entrevistas, que corresponderam aos documentos primários. Após esse passo inicial, foi realizada a leitura exaustiva do material, e a **codificação** das citações. Os códigos correspondem a um segundo nível de redução dos dados onde as citações foram agrupadas em conjuntos (BARBOSA, 2006).

Depois de definidos, os códigos e as citações correspondentes foram categorizados em **famílias**. Barbosa (2006) explicou que as famílias são agrupamentos de elementos capazes de relacionar os dados, fazendo parte do seu processo interpretativo. Ao concluir a etapa inicial de organização dos dados, foram estabelecidas **redes** como forma de ilustração da relação entre os códigos. A partir da organização dos dados, obteve-se assim a constituição do *corpus* do estudo.

É pertinente destacar que para a AD, o que determina o escopo da análise não é a quantidade de textos, também denominado por exaustividade horizontal dada em extensão pela completude ou exaustividade em relação ao objeto empírico; mas importa a sua qualidade, pela exaustividade vertical, em profundidade, ao tratar os dados como fatos da linguagem, produzidos pela sua materialidade linguístico-discursiva (FREIRE, 2021; ORLANDI, 2009).

É por meio do batimento oportunizado entre a análise e interpretação concomitantes que o *corpus* é definido (FREIRE, 2021). O processo descritivo pressupõe uma interpretação vinculada a ele sendo necessário a existência de

dispositivos teóricos que intervenham na relação do analista com o objeto analisado, posicionando-o no espaço entre a descrição e a interpretação (ORLANDI, 2009).

Depois de definido o *corpus*, passou-se à **leitura analítica**, guiada por três **perguntas heurísticas**, que ajudaram a esclarecer os sentidos, definidas por Freire (2021):

- 1) Qual o conceito-análise presente no texto? Como já mencionado, neste estudo o conceito-análise já vem definido *a priori*, “EP na transferência do TDO”;
- 2) Como o texto constrói o conceito-análise? Esta pergunta deve ser repetida até que seja estabelecido um sentido para o conceito-análise. Portanto, buscou-se evidenciar como os fragmentos extraídos das falas dos enunciadores constituem a EP na transferência do TDO nos municípios estudados. Para isso foram utilizadas marcas textuais e realizado o exercício parafrástico: o que é a EP para o texto? Depois de sentir que o conceito-análise estava saturado, foi realizada a terceira pergunta;
- 3) A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói? Nesse momento, procurou-se evidenciar o sentido construído pelos textos dentro do discurso e o funcionamento da ideologia da textualização, por isso, foi realizado o exercício de verificar a que discurso que a EP apresentada no texto pertence.

Por fim, é importante recordar que não cabe ao analista concordar ou discordar com o discurso, mas sim é de sua competência explicitar, descrever e interpretar o discurso presente na materialidade do texto, para tanto, são utilizadas as ferramentas presentes em seus dispositivos teóricos de interpretação. Quando o analista concorda ou discorda com determinado enunciado ele lança mão do dispositivo ideológico de interpretação, que é de onde se fala cotidianamente, e deixa de se posicionar enquanto analista e passa a valorar o discurso (FREIRE, 2021).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo correspondeu às recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado para anuência dos municípios participantes (ANEXOS B, C), após, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa

da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP) sob Certificado de Apresentação para a apreciação Ética (CAAE) 22572619.1.0000.5393 e aprovado por meio do parecer de número 3.743.966 (ANEXO D). Todos os participantes somente foram incluídos na pesquisa mediante aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICES B, C, D, E).

A participação foi completamente voluntária e não acarretou nenhum custo ou remuneração vinculados ao participante, e foi orientado que poderia deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa foi conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, caso houvesse necessidade, foi garantido ao participante que a coleta de dados seria pausada, podendo ou não retornar, conforme sua manifestação. Foi garantido ao participante o direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Os resultados desta pesquisa não trazem benefícios diretos para os participantes, mas a sua participação foi extremamente importante para avaliar o modo como ocorre a TP do TDO e, com isso contribuir para a melhoria dos SSA na atenção à TB.

Diante das necessidades impostas pela pandemia da COVID-19, foi realizada a ementa junto ao CEP com solicitação de realização da coleta de dados de modo remoto, por meio da aplicação de formulário eletrônico e entrevistas por meio de reuniões virtuais. A alteração foi aprovada pelo parecer número 4.039.512 (ANEXO E).

6 RESULTADOS

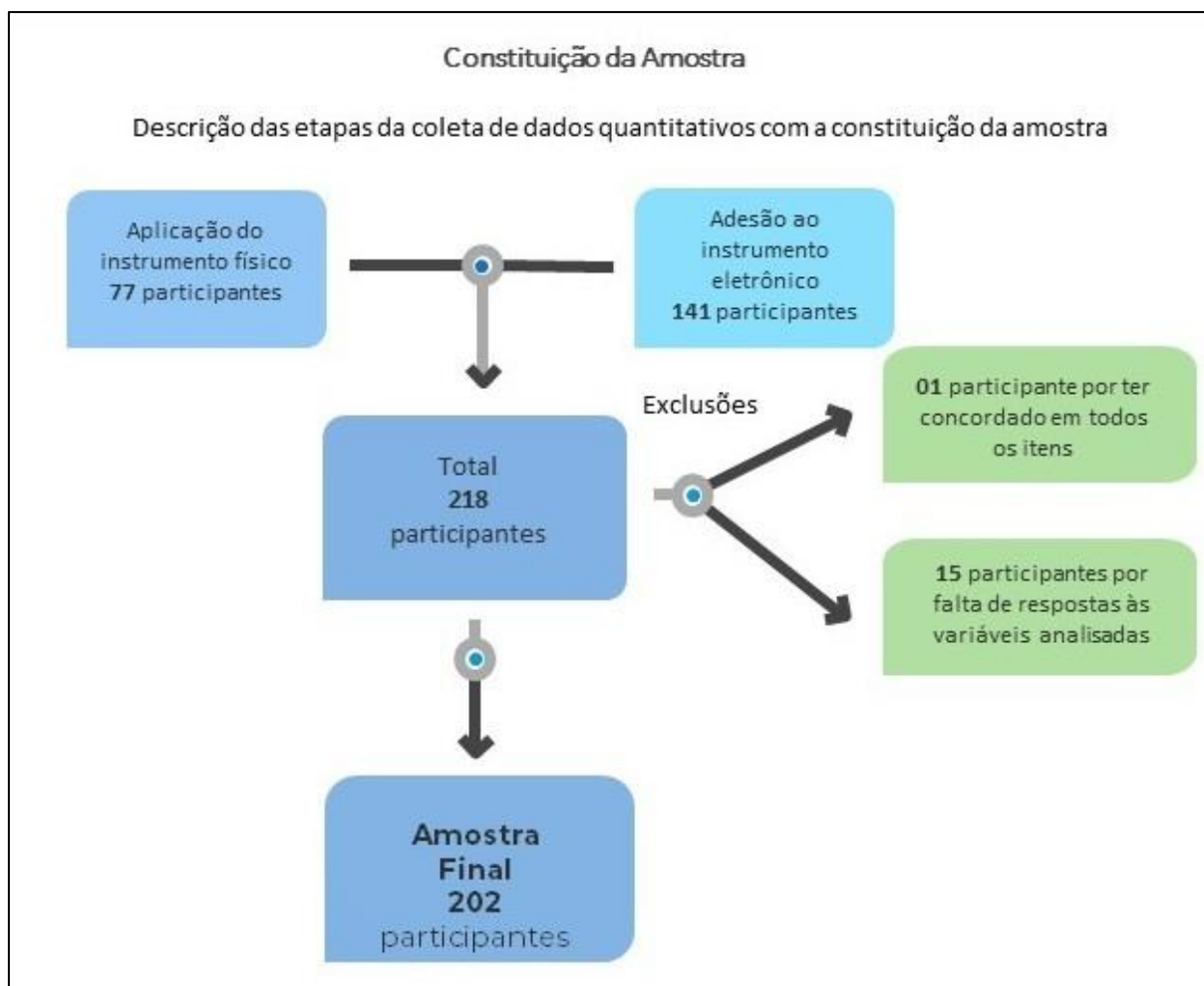
Este capítulo está disposto a fim de apresentar os resultados dos procedimentos das análises das abordagens quantitativas e qualitativas. Com vistas a beneficiar-se das possibilidades e potencialidades de um estudo de métodos mistos, apresenta-se o produto das análises organizado na seguinte perspectiva: com relação aos elementos quantitativos, opta-se por apresentar os resultados conforme as técnicas estatísticas adotadas para análise; quanto aos elementos qualitativos, estes foram organizados por famílias temáticas, das quais apresenta-se a categoria temática “organização dos SSA” como elemento base para a compreensão do processo de EP e TP de controle da TB nos cenários de estudo; já as demais famílias temáticas procedentes na análise qualitativa, são evidenciadas e exploradas por meio da fusão dos dados quantitativos e qualitativos, compondo as convergências nas categorias analíticas da mostra conjunta.

Ao resguardar os princípios éticos, a partir deste capítulo os municípios são identificados como “Município 1” e “Município 2”.

6.1 O QUE REVELAM OS ELEMENTOS QUANTITATIVOS

Com relação aos dados quantitativos, constituíram a amostra de análise 202 participantes, como pode ser verificado na figura 9.

Figura 9 - Fluxograma de constituição da amostra – elementos quantitativos



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

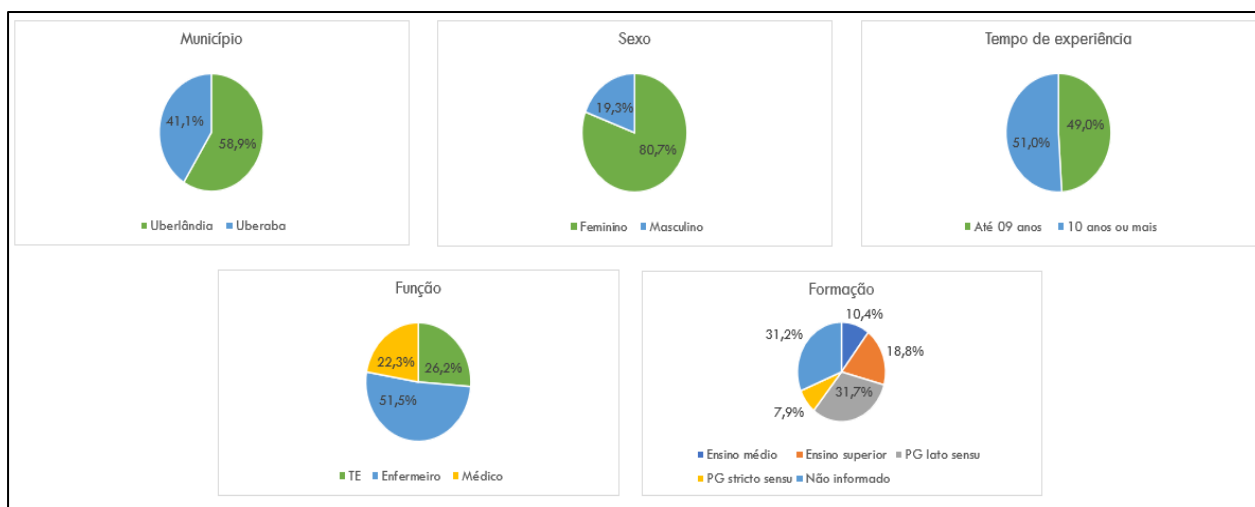
6.1.1 Descrição

Dos 202 participantes, 53 (26,2%) são Técnicos em Enfermagem (TE), 104 (51,5%) são enfermeiros, e 45 (22,3%) são médicos; 119 (58,9%) são “Município 1” e 83 (41,1%) são de “Município 2”; 163 (80,7%) são do sexo feminino e 39 (19,3%) masculino; a média de idade é de 38,5 anos ($dp=8,5$), sendo a mínima 22 e a máxima 63 anos; quanto ao nível de formação, 21 (10,4%) participantes possuem apenas ensino médio, 38 (18,8%) possuem ensino superior, 64 (31,7%) possuem pós-graduação *Lato Sensu* e 16 (7,9%) pós-graduação *Stricto Sensu* (sendo 15 mestrado e um com doutorado), e 63 não responderam, o que corresponde a 31,2%; ainda, com relação ao tempo de experiência, 99 participantes (49,0%) possuíam no período de coleta de dados, até nove anos de experiência na atual função, e 103 (51,0%)

exerciam a função há dez anos ou mais. A representação da descrição dos participantes pode ser verificada na figura 10.

Ao considerar que o nível de formação é a única variável em que houve falta de informação, e a retirada desses dados corresponderia a uma redução considerável no tamanho da amostra, optou-se pela manutenção desses dados, sendo estes considerados como uma categoria intermediária da formação.

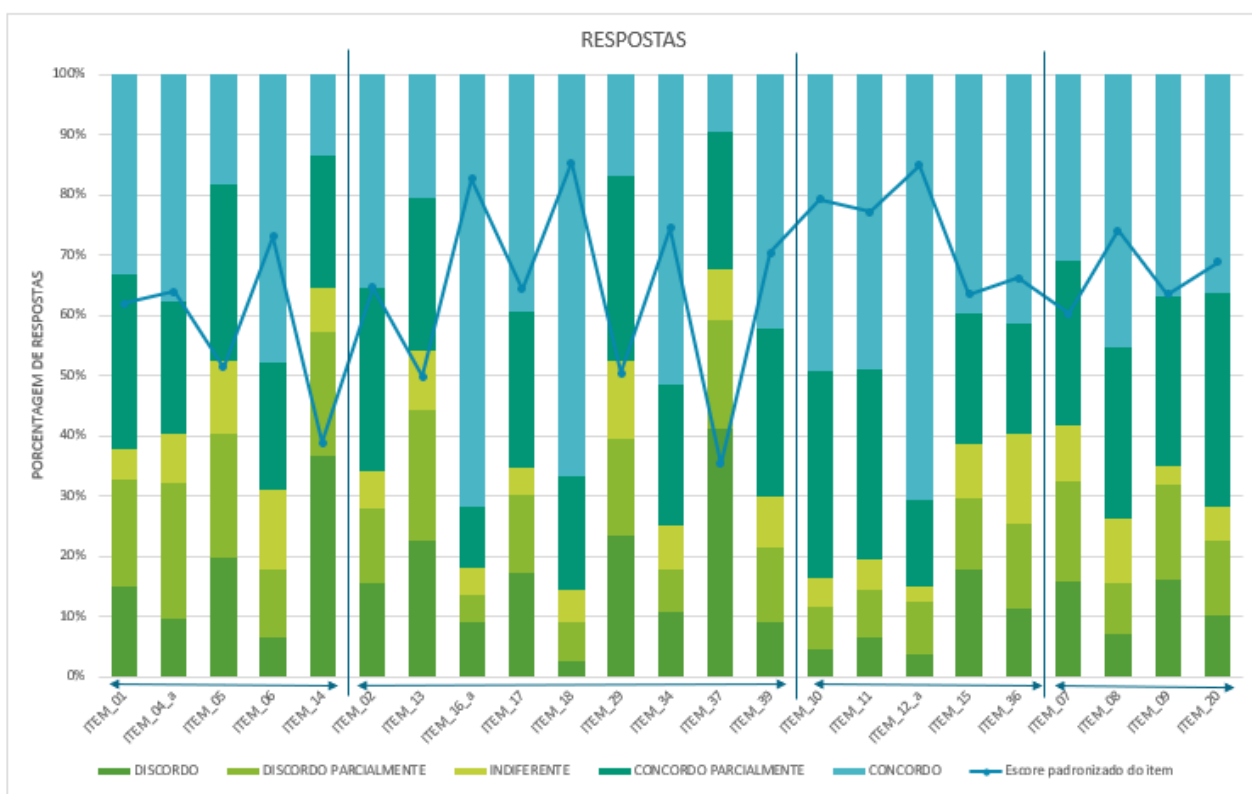
Figura 10 - *Dashboard* de descrição dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A distribuição de frequências das respostas aos itens do instrumento aplicado pode ser visualizada na figura 11, e os valores numéricos observados apresentados no APÊNDICE F.

Figura 11 - Gráfico com a descrição das respostas aos itens do instrumento ATP-IINFOC-TB



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Pela apresentação gráfica, é possível verificar que os itens que possuem melhor desempenho (escore padronizado maior que 80%) são: o item 16: “a unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO”, considerada a inversão de valores, sendo que a pontuação máxima, o maior nível de positividade em relação à TP do TDO (SICSÚ, 2017); item 18: “a equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO”; e o item 12: “não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política”, sendo também considerada uma inversão de valores.

Com relação aos itens com desempenho inferior ao parâmetro considerado favorável, destacam-se os que apresentam escore inferior a 40%: item 14: “a coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO”; e o item 37: “na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO”.

Para avaliar a consistência dos itens em cada subdomínio, foi calculado o *Alfa de Cronbach* para cada subdomínio, sendo este apresentado no quadro 2:

Quadro 2 - *Alfa de Cronbach* dos subdomínios

Subdomínio	Alfa de Cronbach
AG	0,758
AE	0,805
AI	0,716
EE	0,791

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Ao tomar por referência os estudos que determinam que valores superiores a 0,7 correspondem aos ideais ao se medir a consistência interna (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; TERWEE *et al.*, 2007), é possível inferir que os subdomínios do instrumento medem a mesma característica, quando avaliado seu nível de consistência interna pelo *Alfa de Cronbach*.

6.1.2 Comparação de distribuições

Quando analisadas as distribuições das medidas quanto ao domínio geral EP, conforme demonstrado na tabela 1, percebe-se o melhor desempenho dos participantes do “Município 1” (valor- $p=0,033$; medianas: “Município 1” = 71,7 e “Município 2” = 63,0), os enfermeiros também apresentaram um resultado significativo (valor- $p=0,009$; medianas: TE = 63,0, enfermeiro = 72,2 e médico = 59,7), podendo se considerar na categoria formação, aqueles participantes com Ensino Superior que também apresentam melhor resultado (valor- $p=0,052$; medianas: ensino médio = 59,0, ensino superior = 74,4, Pós-graduação *Lato Sensu* = 70,6 e Pós-graduação *Stricto Sensu* = 59,2). Pela comparação das médias, é possível rejeitar a hipótese de que a distribuição da média para EP é igual a todas as funções, contudo, é necessário reter a hipótese de que a distribuição da média é a mesma entre as categorias de formação.

Ao considerar o subdomínio AG relacionadas à EP, observa-se um resultado favorável e significativo àqueles que exercem a função de enfermeiro (valor- $p=0,025$; medianas: TE = 62,5, enfermeiro = 65,0 e médico = 50,0), conforme pode ser constatado pelas medidas apresentadas na tabela 2, sendo possível, também, rejeitar a hipótese nula, a partir das comparações múltiplas das médias da ordem.

No que tange as AE relacionadas à EP, os resultados são apresentados na tabela 3, e percebe-se um melhor desempenho no “Município 1” (valor- $p=,003$;

medianas: “Município 1” = 75,0 e “Município 2” = 61,1), e, quanto à função, também apresenta um resultado significativo para os enfermeiros (valor- $p=0,023$; medianas: TE = 61,1, enfermeiro = 73,6 e médico = 61,1), e, quanto à formação, assume um resultado mais favorável, aqueles que possuem ensino superior (valor- $p=0,026$; medianas: ensino médio = 56,2, ensino superior = 75,0, Pós-graduação *Lato Sensu* = 72,0 e Pós-graduação *Stricto Sensu* = 52,7). Em ambas as situações é possível rejeitar a hipótese nula de que as distribuições seriam as mesmas para os grupos analisados.

Quando analisado o subdomínio AI para a EP, conforme os resultados apresentados na tabela 4, é possível observar um resultado significativo para os enfermeiros (valor- $p=0,000$; medianas: TE = 65,0, enfermeiro = 85,0 e médico = 75,0), e para aqueles com nível de formação de Pós-graduação *Lato Sensu* (valor- $p=0,018$; medianas: ensino médio = 50,0, ensino superior = 80,0, Pós-graduação *Lato Sensu* = 80,0 e Pós-graduação *Stricto Sensu* = 77,5), o que também sustenta a rejeição da hipótese nula para os dois grupos.

Já quando comparadas as distribuições para o subdomínio EE, não são observadas as diferenças significativas a nenhum dos grupos analisados, conforme pode ser verificado na tabela 5.

Além disso, é possível destacar que as variáveis sexo e tempo de experiência não apresentaram diferenças significativas em nenhum dos subdomínios e no domínio analisado.

A seguir são apresentados nas tabelas 1,2,3,4,5 os resultados das respectivas análises de comparações de distribuições.

Tabela 1 - Distribuição de medidas no domínio geral EP. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores		n	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Posto Médio	Valor-p
Município	“Município 1”	119	20,0	52,1	71,7	84,7	98,9	108,8	,033
	“Município 2”	83	21,7	48,9	63,0	78,2	96,7	90,9	
Sexo	Feminino	163	20,0	51,0	67,3	83,6	98,9	103,7	,262
	Masculino	39	23,8	52,1	67,5	76,0	93,7	92,0	
Tempo Experiência	≤ 9 anos	99	20,6	52,5	66,3	83,6	96,7	101,9	,915
	≥ 10 ano	103	20,0	51,0	69,5	81,5	98,9	101,0	
Função	TE	53	20,0	47,8	63,0	81,1	95,6	91,2	,009
	Enfermeiro	104	20,6	56,5	72,2	84,7	98,9	113,6	
	Médico	45	23,8	42,6	59,7	78,2	93,7	85,5	
Formação	Ensino Médio	21	20,0	44,1	59,0	72,2	95,6	56,0	,052
	Ensino Superior	38	25,0	55,4	74,4	80,4	95,6	76,8	
	PG <i>Lato Sensu</i>	64	20,6	52,2	70,6	84,5	96,7	74,9	
	PG <i>Stricto Sensu</i>	16	23,9	38,3	59,2	70,6	82,6	52,2	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Tabela 2 - Distribuição de medidas no subdomínio AG. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores		n	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Posto Médio	Valor-p
Município	“Município 1”	119	,00	40,0	60,0	80,0	100,0	104,4	,393
	“Município 2”	83	,00	37,5	55,0	75,0	100,0	97,3	
Sexo	Feminino	163	,00	40,0	60,0	80,0	100,0	103,8	,235
	Masculino	39	,00	35,0	55,0	70,0	100,0	91,5	
Tempo Experiência	≤ 9 anos	99	,00	40,0	65,0	80,0	100,0	103,7	,586
	≥ 10 anos	103	,00	40,0	55,0	75,0	100,0	99,3	
Função	TE	53	,00	36,2	62,5	75,0	100,0	99,7	,025
	Enfermeiro	104	10,0	41,2	65,0	80,0	100,0	110,6	
	Médico	45	,00	30,0	50,0	67,5	100,0	82,4	
Formação	Ensino Médio	21	,00	40,0	45,0	69,3	100,0	63,02	,421
	Ensino Superior	38	5,0	42,8	65,0	85,0	100,0	74,9	
	PG <i>Lato Sensu</i>	64	,00	38,1	60,0	80,0	100,0	72,3	
	PG <i>Stricto Sensu</i>	16	,00	31,2	45,0	73,7	95,0	58,1	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Tabela 3 - Distribuição de medidas no subdomínio “Ações de Equipe/Unidade de Saúde”. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

	Fatores	n	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Posto Médio	Valor-p
Município	“Município 1”	119	15,6	50,0	75,0	86,1	100,0	111,6	,003
	“Município 2”	83	13,8	44,4	61,1	77,7	94,4	86,9	
Sexo	Feminino	163	13,8	47,2	69,4	83,3	100,0	104,2	,174
	Masculino	39	15,6	38,8	61,1	80,5	94,4	90,0	
Tempo Experiência	≤ 9 anos	99	15,6	47,2	66,6	83,3	97,2	101,1	,926
	≥ 10 anos	103	13,8	47,2	66,6	83,3	100,0	101,8	
Função	TE	53	13,8	45,8	61,1	83,3	100,0	94,6	,023
	Enfermeiro	104	19,4	55,5	73,6	84,1	100,0	112,0	
	Médico	45	13,8	38,8	61,1	76,3	94,4	85,3	
	Ensino Médio	21	13,8	39,5	56,2	75,0	93,7	57,9	
Formação	Ensino Superior	38	15,6	55,0	75,0	81,2	100,0	77,7	,026
	PG <i>Lato Sensu</i>	64	16,6	45,1	72,0	83,3	97,2	74,9	
	PG <i>Stricto Sensu</i>	16	13,8	38,8	52,7	66,6	83,3	47,5	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Tabela 4 - Distribuição de medidas no subdomínio AI. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

	Fatores	n	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Posto Médio	Valor-p
Município	“Município 1”	119	10,0	65,0	80,0	95,0	100,0	106,4	,147
	“Município 2”	83	,00	55,0	75,0	90,0	100,0	94,3	
Sexo	Feminino	163	,00	60,0	80,0	95,0	100,0	102,7	,531
	Masculino	39	18,7	55,0	75,0	90,0	100,0	96,2	
Tempo Experiência	≤ 9 anos	99	18,7	60,0	75,0	95,0	100,0	98,2	,443
	≥ 10 ano	103	,00	65,0	80,0	90,0	100,0	104,5	
Função	TE	53	,00	44,3	65,0	80,6	100,0	70,4	,000
	Enfermeiro	104	15,0	71,2	85,0	95,0	100,0	119,7	
	Médico	45	18,7	60,0	75,0	90,0	100,0	96,0	
	Ensino Médio	21	10,0	35,0	50,0	82,5	100,0	46,4	
Formação	Ensino Superior	38	30,0	58,7	80,0	90,0	100,0	71,8	,018
	PG <i>Lato Sensu</i>	64	18,7	65,0	80,0	90,0	100,0	77,9	
	PG <i>Stricto Sensu</i>	16	15,0	52,5	77,5	88,7	100,0	64,6	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Tabela 5 - Distribuição de medidas no subdomínio EE. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	n	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Posto Médio	Valor-p	
Município	“Município 1”	119	,00	50,00	81,25	87,50	100,00	105,6	,224
	“Município 2”	83	,00	43,75	75,00	87,50	100,00	95,5	
Sexo	Feminino	163	,00	43,75	75,00	87,50	100,00	102,5	,617
	Masculino	39	12,50	50,00	75,00	83,33	100,00	97,3	
Tempo	≤ 9 anos	99	,00	50,00	75,00	87,50	100,00	100,9	,904
Experiência	≥ 10 ano	103	,00	43,75	75,00	87,50	100,00	101,9	
Função	TE	53	6,25	50,00	75,00	87,50	100,00	102,0	,247
	Enfermeiro	104	,00	50,00	81,25	92,18	100,00	106,5	
	Médico	45	8,33	37,50	68,75	85,41	100,00	89,2	
Formação	Ensino Médio	21	12,50	43,75	75,00	81,25	100,00	62,8	,162
	Ensino Superior	38	8,33	50,00	81,25	93,75	100,00	75,9	
	PG <i>Lato Sensu</i>	64	,00	50,00	75,00	93,75	100,00	73,2	
	PG <i>Stricto Sensu</i>	16	25,00	31,77	46,87	79,68	100,00	52,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

6.1.3 Análise de Correspondência e Agrupamentos

Na AC é possível verificar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios, sejam eles considerados separadamente ou todos juntos. Isso se confirma, uma vez que em todas as análises o valor-p é significativo, conforme pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Valores dos domínio e subdomínios na análise de correspondência. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Variável	Inércia total	Qui-quadrado	Graus de liberdade	Valor-p
EP	1,667	2.445,5	225	0,000
AG	1,667	2.442,2	225	0,000
AE	1,667	2.450,0	225	0,000
AI	1,667	2.487,0	225	0,000
EE	1,667	2.437,6	225	0,000
Todos	1,400	4.567,1	529	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Para o domínio geral EP, a primeira coordenada gerada por meio da AC explicou 17,6% da variabilidade total dos dados e destacou os profissionais com nível de formação no Ensino Médio e os de Técnico em Enfermagem, o que foi confirmado pelos respectivos valores de Cos^2 . A segunda coordenada explicou 16,4% da variabilidade dos dados, destacando de um lado as categorias: tempo de experiência até nove anos, funções de Técnico em Enfermagem e Médico, níveis de formação Ensino Médio e Ensino Superior, em contraposição às categorias tempo de experiência dez anos ou mais, na função Enfermeiro, e formação Pós-graduação *Lato Sensu* e Pós-graduação *Stricto Sensu*.

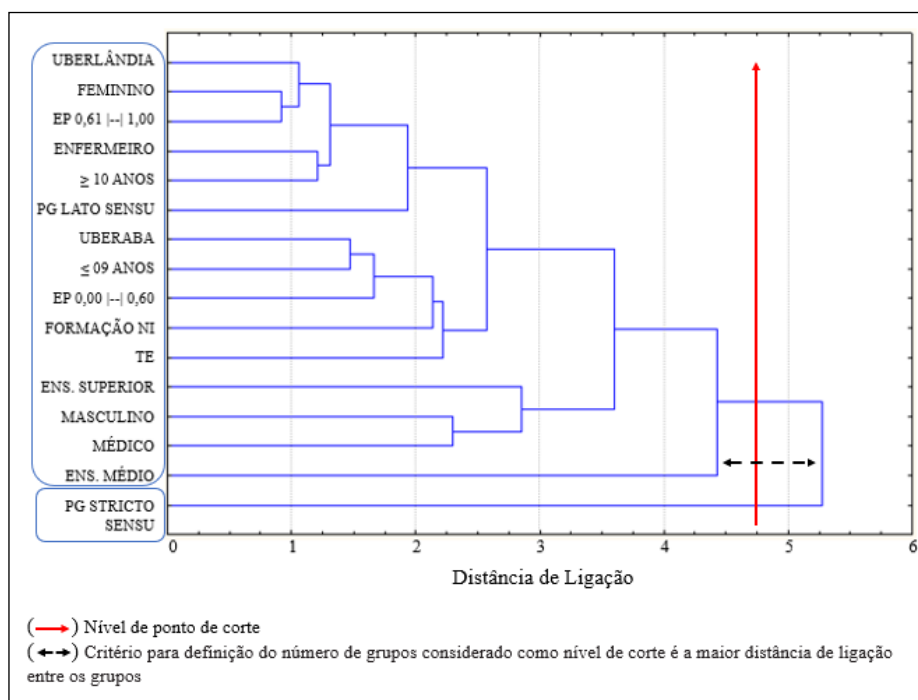
Tabela 7 - Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e a contribuição explicativa (Cos²) de cada dimensão para o domínio geral EP. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	Coordenadas por Dimensão										Cos ² por dimensão									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Município																				
“Município 1”	-0,171	0,089	-0,674	0,108	-0,060	-0,220	-0,143	-0,141	-0,313	0,067	0,042	0,011	0,651	0,017	0,005	0,070	0,029	0,029	0,141	0,006
“Município 2”	0,245	-0,128	0,966	-0,154	0,086	0,316	0,205	0,202	0,449	-0,096	0,042	0,011	0,651	0,017	0,005	0,070	0,029	0,029	0,141	0,006
Sexo																				
Feminino	0,251	-0,094	-0,107	-0,209	-0,139	-0,136	0,210	-0,161	0,056	-0,033	0,263	0,037	0,048	0,182	0,081	0,078	0,185	0,109	0,013	0,004
Masculino	-1,048	0,395	0,448	0,873	0,581	0,570	-0,879	0,674	-0,232	0,136	0,263	0,037	0,048	0,182	0,081	0,078	0,185	0,109	0,013	0,004
Tempo de experiência																				
≤ 9 anos	-0,302	0,605	0,248	-0,298	-0,073	0,395	0,380	-0,118	-0,335	0,015	0,087	0,352	0,059	0,085	0,005	0,150	0,139	0,013	0,108	0,000
≥ 10 anos	0,290	-0,582	-0,239	0,286	0,070	-0,380	-0,365	0,114	0,322	-0,014	0,087	0,352	0,059	0,085	0,005	0,150	0,139	0,013	0,108	0,000
Função																				
TE	1,347	0,636	-0,146	0,014	0,125	0,167	-0,029	0,191	0,029	0,698	0,646	0,144	0,008	0,000	0,006	0,010	0,000	0,013	0,000	0,173
Enfermeiro	-0,260	-0,783	-0,042	-0,141	-0,077	0,065	0,134	0,268	-0,246	-0,282	0,072	0,650	0,002	0,021	0,006	0,005	0,019	0,076	0,064	0,084
Médico	-0,985	1,060	0,269	0,311	0,031	-0,348	-0,275	-0,845	0,534	-0,171	0,278	0,322	0,021	0,028	0,000	0,035	0,022	0,205	0,082	0,008
Formação																				
Ensino Médio	2,306	0,593	0,338	0,475	0,606	0,409	-0,735	-0,541	-0,555	-0,967	0,617	0,041	0,013	0,026	0,043	0,019	0,063	0,034	0,036	0,109
Ensino Superior	-0,297	0,921	0,159	-1,203	0,458	-1,077	-0,151	0,711	-0,019	-0,085	0,021	0,197	0,006	0,335	0,049	0,269	0,005	0,117	0,000	0,002
PG <i>Lato Sensu</i>	-0,371	-0,862	0,195	0,261	0,844	0,024	0,388	-0,434	-0,062	0,340	0,064	0,344	0,018	0,032	0,330	0,000	0,070	0,087	0,002	0,054
PG <i>Stricto Sensu</i>	-0,114	-0,914	1,710	-0,508	-2,298	-0,139	-1,273	-0,461	-0,433	0,525	0,001	0,072	0,251	0,022	0,454	0,002	0,139	0,018	0,016	0,024
NI	-0,184	0,354	-0,841	0,431	-0,752	0,524	0,266	0,309	0,369	-0,105	0,015	0,057	0,320	0,084	0,256	0,125	0,032	0,043	0,062	0,005
Escore padronizado domínio geral																				
0,00 - 0,60	0,139	0,210	0,468	0,801	-0,244	-0,544	0,431	0,167	-0,177	-0,019	0,013	0,029	0,143	0,420	0,039	0,194	0,122	0,018	0,021	0,000
0,61 - 1,00	-0,091	-0,138	-0,307	-0,525	0,160	0,357	-0,283	-0,110	0,116	0,013	0,013	0,029	0,143	0,420	0,039	0,194	0,122	0,018	0,021	0,000
Proporção da Inércia/Dimensão	17,6	16,4	14,0	11,3	10,4	8,5	7,6	6,1	4,7	3,5										

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A partir da análise das dimensões relacionadas ao domínio geral EP (Tabela 7), a análise de agrupamentos apresenta os grupos com a devida disposição das variáveis, conforme a distância entre elas, como mostra o dendrograma na figura 12.

Figura 12 - Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao domínio geral EP



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A definição do número de grupos, ou seja, o ponto de corte aconteceu entre as distâncias 4,43 e 5,26, sendo esta a maior distância entre um fator e outro. Assim, obteve-se dois grupos, conforme observado na figura 12, sendo possível verificar que todas os fatores, com exceção “Pós-graduação *Stricto Sensu*”, possui um desempenho semelhante.

Quanto à AC do Subdomínio AG, a primeira coordenada distinguiu as categorias Ensino Médio e Técnico de Enfermagem das categorias Médico e Masculino, com 17,5% de explicação da variabilidade total. A segunda coordenada (16,3% de variabilidade total dos dados) associou as categorias até nove anos de experiência, Técnico de Enfermagem, Médico, Ensino Médio e Ensino Superior em distinção às categorias, dez anos ou mais de experiência, enfermeiro, e Pós-graduação *Lato Sensu* e Pós-graduação *Stricto Sensu*.

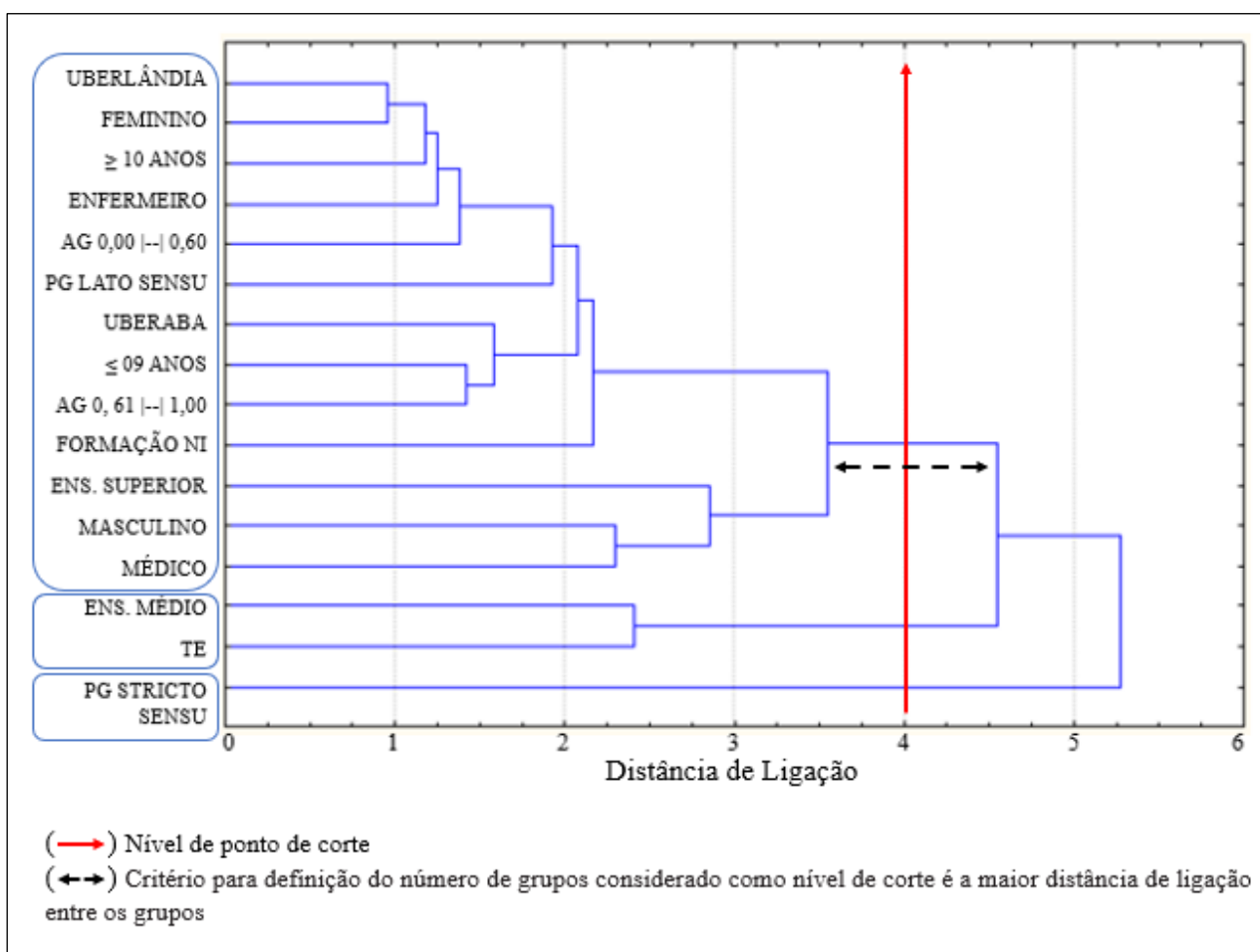
Tabela 8 - Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos²) de cada dimensão para o subdomínio AG. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	Coordenadas por Dimensão										Cos ² por dimensão									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Município																				
"Município 1"	-0,150	0,112	-0,679	0,094	-0,073	0,194	-0,154	0,192	0,289	-0,077	0,032	0,018	0,661	0,013	0,008	0,054	0,034	0,053	0,119	0,008
"Município 2"	0,215	-0,160	0,973	-0,135	0,104	-0,279	0,221	-0,275	-0,414	0,110	0,032	0,018	0,661	0,013	0,008	0,054	0,034	0,053	0,119	0,008
Sexo																				
Feminino	0,268	-0,062	-0,078	-0,156	-0,161	0,200	0,219	0,121	-0,063	0,034	0,299	0,016	0,025	0,101	0,108	0,167	0,200	0,061	0,016	0,005
Masculino	-1,119	0,261	0,324	0,651	0,672	-0,836	-0,915	-0,504	0,262	-0,143	0,299	0,016	0,025	0,101	0,108	0,167	0,200	0,061	0,016	0,005
Tempo de experiência																				
≤ 9 anos	-0,345	0,563	0,280	-0,375	-0,031	-0,274	0,424	0,079	0,350	-0,033	0,114	0,305	0,075	0,135	0,001	0,072	0,173	0,006	0,118	0,001
≥ 10 anos	0,331	-0,541	-0,269	0,361	0,030	0,263	-0,407	-0,076	-0,336	0,031	0,114	0,305	0,075	0,135	0,001	0,072	0,173	0,006	0,118	0,001
Função																				
TE	1,295	0,754	-0,047	0,022	0,137	-0,169	-0,060	-0,153	-0,061	-0,696	0,597	0,202	0,001	0,000	0,007	0,010	0,001	0,008	0,001	0,172
Enfermeiro	-0,177	-0,798	-0,086	-0,197	-0,057	0,000	0,078	-0,268	0,282	0,258	0,033	0,676	0,008	0,041	0,003	0,000	0,006	0,076	0,084	0,071
Médico	-1,116	0,958	0,254	0,430	-0,029	0,200	-0,109	0,799	-0,580	0,223	0,357	0,263	0,018	0,053	0,000	0,011	0,003	0,183	0,096	0,014
Formação																				
Ens. Médio	2,204	0,787	0,520	0,804	0,519	-0,391	-0,415	0,542	0,644	0,961	0,563	0,072	0,031	0,075	0,031	0,018	0,020	0,034	0,048	0,107
Ens. Superior	-0,339	0,911	0,339	-0,890	0,310	1,336	-0,448	-0,615	0,020	0,067	0,027	0,192	0,027	0,183	0,022	0,413	0,047	0,088	0,000	0,001
PG <i>Lato Sensu</i>	-0,307	-0,903	0,115	0,217	0,859	0,045	0,420	0,395	0,014	-0,336	0,044	0,378	0,006	0,022	0,343	0,001	0,082	0,072	0,000	0,052
PG <i>Stricto Sensu</i>	-0,124	-1,003	1,684	-0,223	-2,392	-0,167	-1,080	0,636	0,371	-0,511	0,001	0,087	0,244	0,004	0,492	0,002	0,100	0,035	0,012	0,022
NI	-0,187	0,360	-0,922	0,105	-0,625	-0,679	0,257	-0,373	-0,335	0,111	0,016	0,059	0,385	0,005	0,177	0,209	0,030	0,063	0,051	0,006
Escore padronizado subdomínio																				
0,00 - 0,60	-0,079	0,110	0,215	0,736	-0,225	0,319	0,293	-0,214	0,119	-0,036	0,007	0,013	0,051	0,598	0,056	0,113	0,095	0,051	0,016	0,001
0,61 - 1,00	0,087	-0,122	-0,238	-0,812	0,248	-0,353	-0,324	0,236	-0,132	0,039	0,007	0,013	0,051	0,598	0,056	0,113	0,095	0,051	0,016	0,001
Proporção da Inércia/Dimensão	17,5	16,3	13,7	11,5	10,3	9,2	7,3	5,8	4,8	3,5										

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quando verificados os resultados referentes ao subdomínio AG (Tabela 8), a partir da análise de agrupamentos, o ponto de corte para a definição do número de grupos acontece entre as distâncias 3,55 e 4,54, podendo ser observados três grupos de similaridade, conforme demonstra a figura 13.

Figura 13 - Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AG



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A AC do subdomínio AE, na primeira coordenada, observam-se as categorias Técnico de Enfermagem e Ensino Médio, com 17,7% de variabilidade total dos dados. A segunda coordenada apresenta destaque às mesmas categorias (exceto Ensino Médio), àquelas da segunda coordenada do subdomínio AG, com 16,4% da variabilidade total dos dados.

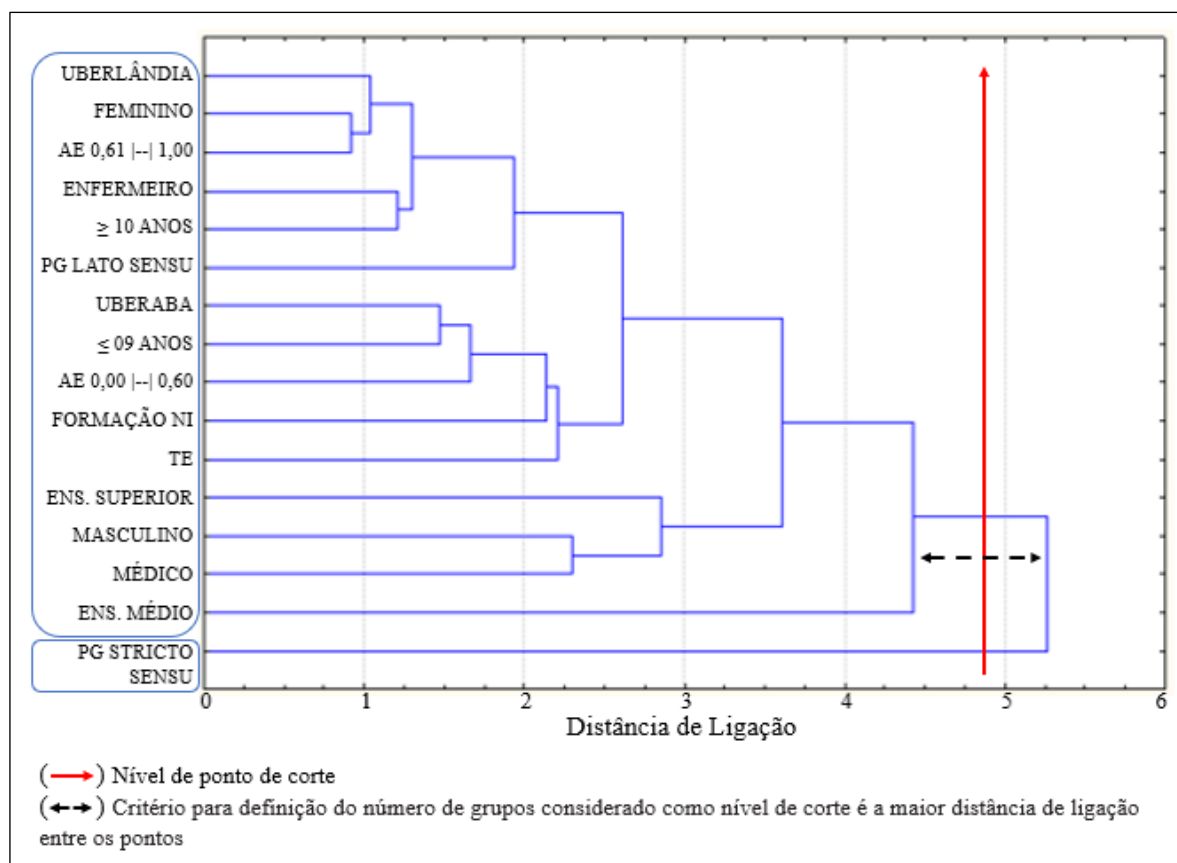
Tabela 9 - Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos²) de cada dimensão para o subdomínio AE. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	Coordenadas por Dimensão										Cos ² por dimensão									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Município																				
"Município 1"	-0,190	0,095	-0,662	0,134	-0,067	-0,233	-0,117	0,130	0,321	0,061	0,052	0,013	0,628	0,026	0,006	0,078	0,020	0,024	0,148	0,005
"Município 2"	0,272	-0,136	0,949	-0,192	0,096	0,334	0,168	-0,187	-0,461	-0,087	0,052	0,013	0,628	0,026	0,006	0,078	0,020	0,024	0,148	0,005
Sexo																				
Feminino	0,243	-0,101	-0,106	-0,135	-0,248	-0,086	0,198	0,167	-0,061	-0,031	0,246	0,043	0,047	0,076	0,257	0,031	0,164	0,117	0,016	0,004
Masculino	-1,014	0,424	0,445	0,565	1,036	0,359	-0,827	-0,699	0,256	0,131	0,246	0,043	0,047	0,076	0,257	0,031	0,164	0,117	0,016	0,004
Tempo de experiência																				
≤ 9 anos	-0,268	0,626	0,278	-0,188	-0,151	0,435	0,356	0,127	0,331	0,011	0,069	0,377	0,074	0,034	0,022	0,182	0,122	0,016	0,105	0,000
≥ 10 anos	0,257	-0,602	-0,267	0,181	0,146	-0,418	-0,342	-0,122	-0,318	-0,011	0,069	0,377	0,074	0,034	0,022	0,182	0,122	0,016	0,105	0,000
Função																				
TE	1,362	0,579	-0,211	-0,063	0,151	0,153	-0,029	-0,195	-0,016	0,698	0,660	0,119	0,016	0,001	0,008	0,008	0,000	0,014	0,000	0,173
Enfermeiro	-0,294	-0,768	-0,019	-0,081	-0,157	0,109	0,126	-0,262	0,235	-0,287	0,092	0,626	0,000	0,007	0,026	0,013	0,017	0,073	0,059	0,087
Médico	-0,924	1,093	0,293	0,263	0,184	-0,433	-0,257	0,835	-0,525	-0,159	0,244	0,343	0,025	0,020	0,010	0,054	0,019	0,200	0,079	0,007
Formação																				
Ensino Médio	2,319	0,479	0,171	0,054	0,897	0,293	-0,750	0,544	0,546	-0,965	0,624	0,027	0,003	0,000	0,093	0,010	0,065	0,034	0,035	0,108
Ensino Superior	-0,283	0,935	0,144	-1,332	-0,234	-0,984	-0,065	-0,727	0,021	-0,093	0,019	0,203	0,005	0,411	0,013	0,225	0,001	0,123	0,000	0,002
PG Lato Sensu	-0,406	-0,857	0,168	-0,115	0,839	-0,067	0,465	0,414	0,082	0,337	0,077	0,340	0,013	0,006	0,327	0,002	0,100	0,080	0,003	0,053
PG Stricto Sensu	-0,048	-0,874	1,846	0,501	-2,099	-0,009	-1,449	0,481	0,433	0,530	0,000	0,066	0,293	0,022	0,379	0,000	0,181	0,020	0,016	0,024
NI	-0,178	0,368	-0,783	0,775	-0,477	0,567	0,186	-0,286	-0,387	-0,099	0,014	0,061	0,278	0,272	0,103	0,146	0,016	0,037	0,068	0,004
Escore padronizado subdomínio																				
0,00 - 0,60	0,266	0,192	0,498	0,808	-0,007	-0,551	0,464	-0,179	0,168	-0,041	0,045	0,023	0,156	0,411	0,000	0,191	0,135	0,020	0,018	0,001
0,61 - 1,00	-0,168	-0,121	-0,313	-0,509	0,005	0,347	-0,292	0,112	-0,106	0,026	0,045	0,023	0,156	0,411	0,000	0,191	0,135	0,020	0,018	0,001
Proporção da Inércia/Dimensão	17,7	16,4	14,1	11,1	10,5	8,3	7,7	6,1	4,7	3,5										

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A partir do que se observa na matriz das coordenadas alusivas ao subdomínio AE (Tabela 9), e, a partir da análise de agrupamentos, a definição do número de grupo ocorre entre as distâncias 4,42 e 5,56, apresentando um resultado similar ao observado no domínio geral EP, com a definição de um grupo de similaridade composto por todos os fatores, com exceção do fator “Pós-graduação *Stricto Sensu*”, que apresenta um desempenho diferente dos demais. A definição do agrupamento vem apresentada no dendrograma da figura 14.

Figura 14 – Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AE



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No subdomínio AI, a AC indicou na primeira coordenada (18,7% da variabilidade total), associação entre as categorias Técnico de Enfermagem e Ensino Médio. Já na segunda coordenada (16,6% da variabilidade dos dados), destaca por um lado as categorias Masculino, Experiência até nove anos, Médico, Ensino Superior, e por outro lado, as categorias Experiência dez anos ou mais, Enfermeiro, Pós-graduação *Lato Sensu* e Pós-graduação *Stricto Sensu*.

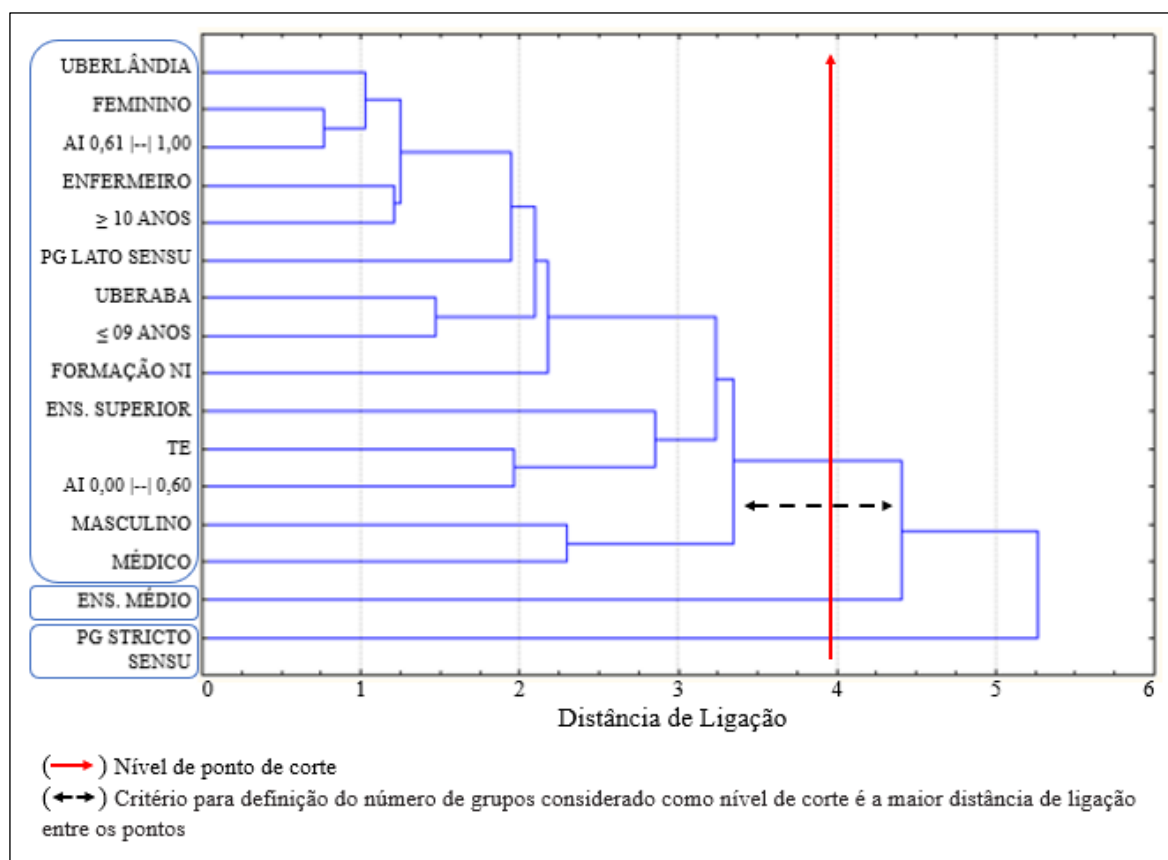
Tabela 10 - Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos²) de cada dimensão para o subdomínio AI. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	Coordenadas por Dimensão										Cos ² por dimensão									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Município																				
“Município 1”	-0,196	0,119	-0,650	-0,035	0,018	0,318	-0,031	0,109	0,322	-0,060	0,055	0,020	0,605	0,002	0,000	0,145	0,001	0,017	0,149	0,005
“Município 2”	0,281	-0,170	0,931	0,050	-0,025	-0,456	0,044	-0,156	-0,462	0,086	0,055	0,020	0,605	0,002	0,000	0,145	0,001	0,017	0,149	0,005
Sexo																				
Feminino	0,179	-0,176	-0,121	0,279	0,160	-0,008	0,114	0,201	-0,060	0,036	0,133	0,129	0,061	0,325	0,107	0,000	0,054	0,170	0,015	0,006
Masculino	-0,746	0,735	0,506	-1,165	-0,668	0,034	-0,476	-0,842	0,250	-0,152	0,133	0,129	0,061	0,325	0,107	0,000	0,054	0,170	0,015	0,006
Tempo de experiência																				
≤ 9 anos	-0,070	0,686	0,270	0,224	-0,006	-0,417	0,372	0,094	0,348	-0,023	0,005	0,452	0,070	0,048	0,000	0,167	0,133	0,009	0,116	0,000
≥ 10 anos	0,067	-0,659	-0,259	-0,215	0,006	0,401	-0,357	-0,091	-0,334	0,022	0,005	0,452	0,070	0,048	0,000	0,167	0,133	0,009	0,116	0,000
Função																				
TE	1,453	0,177	-0,331	-0,049	0,000	-0,180	-0,021	-0,196	-0,060	-0,694	0,751	0,011	0,039	0,001	0,000	0,012	0,000	0,014	0,001	0,171
Enfermeiro	-0,481	-0,653	0,076	0,108	0,053	-0,007	0,236	-0,284	0,224	0,278	0,246	0,453	0,006	0,012	0,003	0,000	0,059	0,085	0,053	0,082
Médico	-0,599	1,302	0,213	-0,191	-0,123	0,228	-0,519	0,887	-0,446	0,174	0,103	0,486	0,013	0,010	0,004	0,015	0,077	0,226	0,057	0,009
Formação																				
Ensino Médio	2,310	-0,188	-0,049	-0,613	-0,194	-0,585	-1,062	0,305	0,753	0,837	0,619	0,004	0,000	0,044	0,004	0,040	0,131	0,011	0,066	0,081
Ensino Superior	0,039	1,007	0,282	0,526	1,441	0,582	-0,241	-0,678	-0,071	0,071	0,000	0,235	0,018	0,064	0,481	0,079	0,014	0,106	0,001	0,001
PG <i>Lato Sensu</i>	-0,529	-0,670	0,339	-0,840	0,386	-0,144	0,324	0,480	0,063	-0,312	0,130	0,208	0,053	0,327	0,069	0,010	0,049	0,107	0,002	0,045
PG <i>Stricto Sensu</i>	-0,209	-0,785	1,719	1,873	-1,510	1,008	-0,758	0,280	0,538	-0,513	0,004	0,053	0,254	0,302	0,196	0,087	0,049	0,007	0,025	0,023
NI	-0,203	0,335	-0,935	0,265	-0,813	-0,266	0,362	-0,251	-0,408	0,125	0,019	0,051	0,396	0,032	0,300	0,032	0,060	0,029	0,076	0,007
Escore padronizado subdomínio																				
0,00 - 0,60	0,864	0,290	0,440	-0,431	-0,305	0,900	0,813	0,035	-0,029	0,184	0,266	0,030	0,069	0,066	0,033	0,288	0,235	0,000	0,000	0,012
0,61 - 1,00	-0,307	-0,103	-0,157	0,153	0,108	-0,320	-0,289	-0,012	0,010	-0,066	0,266	0,030	0,069	0,066	0,033	0,288	0,235	0,000	0,000	0,012
Proporção da Inércia/ Dimensão	18,7	16,6	14,1	10,7	9,7	8,3	7,6	6,2	4,9	3,3										

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Ao considerar os resultados das dimensões no subdomínio AI (Tabela 10), percebe-se a partir da análise de agrupamentos, a definição de três grupos, conforme pode ser observado na figura 15. Chama-se a atenção, a definição de dois grupos unitários formados pelos fatores Ensino Médio e outro Pós-graduação *Stricto Sensu*. O ponto de corte aconteceu entre as distâncias 3,34 e 4,40.

Figura 15 - Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio AI



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A AC do subdomínio EE, apresentou em sua primeira coordenada, com 17,5% de variabilidade total dos dados, destaque para as categorias Técnico de Enfermagem e Ensino Médio. Na segunda coordenada, que possui 16,4% de variabilidade total, destacam-se as categorias Técnico de Enfermagem, Médico e Ensino Superior em oposição às categorias Enfermeiro, Pós-graduação *Lato Sensu* e Pós-graduação *Stricto Sensu*.

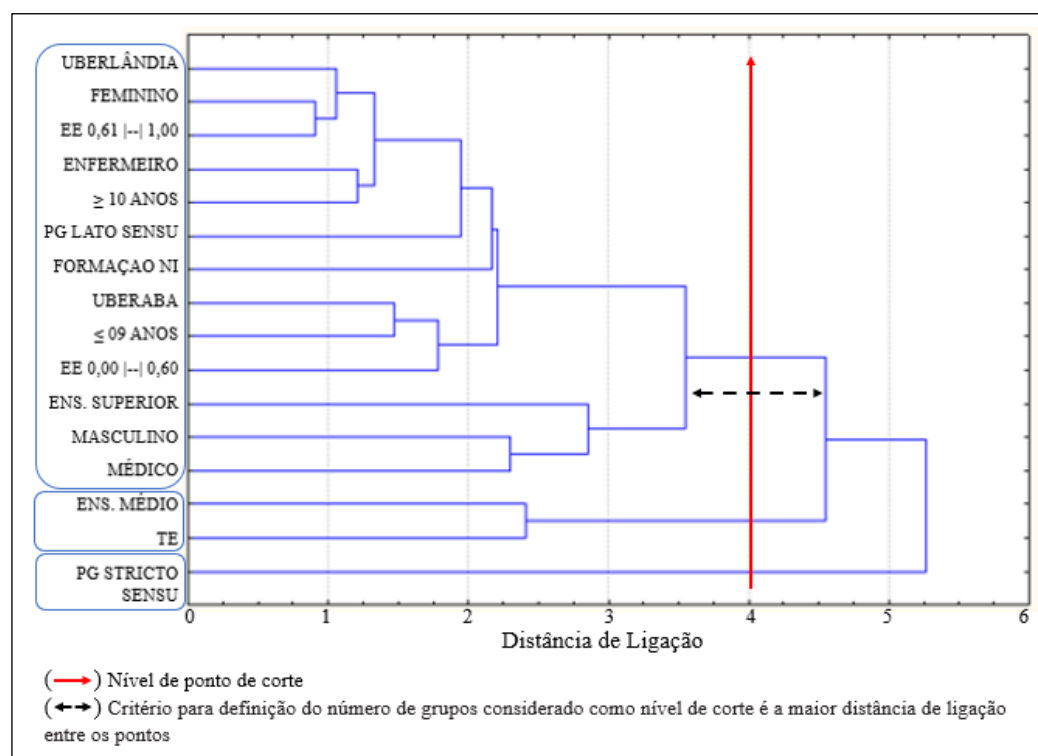
Tabela 11 - Matriz de coordenadas das dimensões explicativas do mapa perceptivo da AC multivariada e contribuição explicativa (Cos²) de cada dimensão para o subdomínio EE. Fevereiro/2020 a Fevereiro 2021. Uberaba/Uberlândia (MG).

Fatores	Coordenadas por Dimensão										Cos ² por dimensão									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Município																				
“Município 1”	-0,142	0,189	-0,625	-0,183	-0,158	-0,221	-0,144	-0,115	-0,324	-0,068	0,029	0,051	0,560	0,048	0,036	0,070	0,030	0,019	0,151	0,007
“Município 2”	0,203	-0,271	0,896	0,263	0,227	0,317	0,206	0,165	0,465	0,097	0,029	0,051	0,560	0,048	0,036	0,070	0,030	0,019	0,151	0,007
Sexo																				
Feminino	0,261	-0,068	-0,062	-0,224	0,184	-0,146	0,143	-0,178	0,064	0,030	0,285	0,020	0,016	0,209	0,141	0,089	0,085	0,133	0,017	0,004
Masculino	-1,092	0,286	0,261	0,935	-0,769	0,611	-0,597	0,745	-0,269	-0,126	0,285	0,020	0,016	0,209	0,141	0,089	0,085	0,133	0,017	0,004
Tempo de experiência																				
≤ 9 anos	-0,321	0,566	0,378	-0,046	0,256	0,203	0,487	-0,061	-0,351	-0,013	0,099	0,308	0,137	0,002	0,063	0,040	0,228	0,004	0,119	0,000
≥ 10 anos	0,309	-0,544	-0,363	0,045	-0,246	-0,195	-0,468	0,058	0,338	0,012	0,099	0,308	0,137	0,002	0,063	0,040	0,228	0,004	0,119	0,000
Função																				
TE	1,332	0,672	0,076	0,083	-0,179	0,020	0,087	0,246	0,026	-0,687	0,631	0,160	0,002	0,002	0,011	0,000	0,003	0,022	0,000	0,168
Enfermeiro	-0,225	-0,742	-0,201	-0,048	0,308	0,047	0,079	0,256	-0,224	0,281	0,054	0,585	0,043	0,002	0,101	0,002	0,007	0,070	0,053	0,084
Médico	-1,049	0,924	0,375	0,013	-0,502	-0,133	-0,286	-0,882	0,487	0,161	0,316	0,245	0,040	0,000	0,072	0,005	0,023	0,223	0,068	0,007
Formação																				
Ensino Médio	2,262	0,566	0,500	0,755	-0,729	0,306	-0,402	-0,442	-0,679	0,959	0,594	0,037	0,029	0,066	0,062	0,011	0,019	0,023	0,054	0,107
Ensino Superior	-0,305	0,908	0,548	-0,100	0,850	-1,296	-0,553	0,609	0,060	0,085	0,022	0,191	0,069	0,002	0,167	0,389	0,071	0,086	0,001	0,002
PG Lato Sensu	-0,354	-0,878	-0,062	0,843	-0,065	-0,287	0,412	-0,408	-0,070	-0,343	0,058	0,358	0,002	0,330	0,002	0,038	0,079	0,077	0,002	0,054
PG Stricto Sensu	-0,186	-1,258	1,600	-1,935	0,135	1,115	-1,286	-0,477	-0,512	-0,548	0,003	0,136	0,220	0,322	0,002	0,107	0,142	0,020	0,023	0,026
NI	-0,163	0,476	-0,841	-0,556	-0,238	0,688	0,376	0,315	0,391	0,116	0,012	0,103	0,320	0,140	0,026	0,215	0,064	0,045	0,069	0,006
Escore padronizado subdomínio																				
0,00 - 0,60	-0,060	-0,276	0,484	-0,453	-0,859	-0,512	0,392	0,227	-0,054	0,056	0,002	0,044	0,135	0,118	0,427	0,152	0,089	0,030	0,002	0,002
0,61 - 1,00	0,035	0,160	-0,280	0,262	0,497	0,296	-0,227	-0,131	0,031	-0,032	0,002	0,044	0,135	0,118	0,427	0,152	0,089	0,030	0,002	0,002
Proporção da Inércia/Dimensão	17,5	16,4	14,1	10,6	9,9	9,5	7,6	6,0	4,9	3,4										

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No que tange à interdependência entre os fatores relacionados ao subdomínio EE (Tabela 11), pode-se perceber a partir do nível de relação entre os fatores, e por meio da análise de agrupamentos a definição de três grupos entre as medidas 3,54 e 4,54. Os agrupamentos estão destacados no dendrograma da figura 16. Chama-se a atenção mais uma vez a característica assumida pelo fator “Pós-graduação *Stricto Sensu*”, manifestado em um grupo de característica unitária.

Figura 16 - Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas ao subdomínio EE

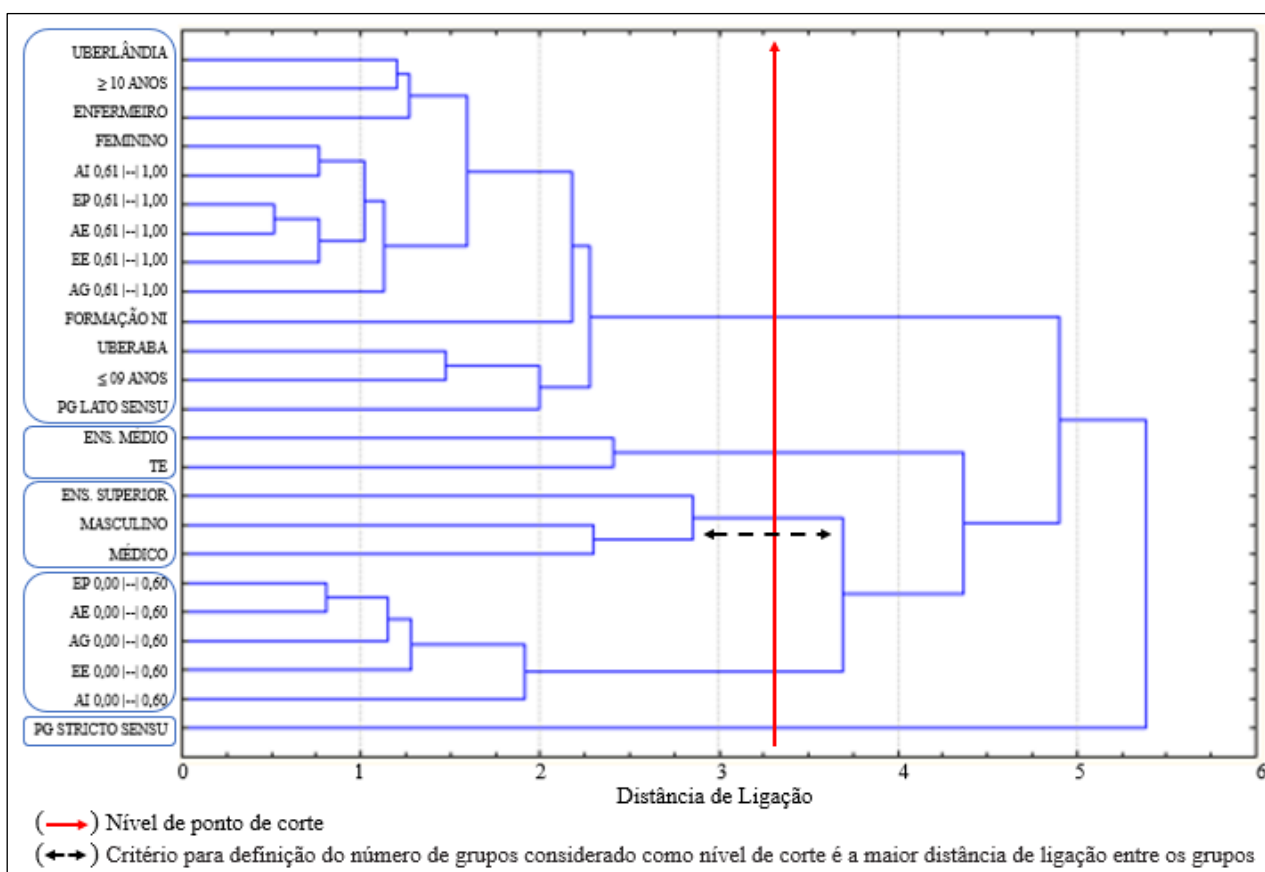


Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A AC realizada, considerando o domínio geral e os subdomínios juntos, identificou a associação na primeira coordenada (23,2% de variabilidade total dos dados), das categorias Ensino Médio, Domínio Geral com desempenho menor ou igual a 60%, subdomínio AG menor ou igual a 60%, subdomínio AE com desempenho menor ou igual a 60%, subdomínio AI com desempenho menor ou igual a 60%, e subdomínio EE com desempenho menor ou igual a 60%, em contraposição às categorias desempenho superior a 60% no domínio geral EP, desempenho superior a 60% no subdomínio AG, desempenho superior a 60% no subdomínio AE. Na segunda coordenada (12,9% de variabilidade dos dados), se verifica a associação entre as categorias Técnico de Enfermagem e Ensino Médio.

Por fim, quando analisadas todas as variáveis conjuntamente (Tabela 12), já é possível verificar a formação de cinco grupos por nível de similaridade, estabelecidos no ponto de corte entre as distâncias 2,85 e 3,68. Os grupos são apresentados no dendrograma na figura 17. Cabe destacar que um grupo é formado pelos fatores do domínio geral e subdomínios considerados como não favoráveis, assumindo características similares. Ainda, é recorrente a circunstância assumida pelo fator “Pós-graduação *Stricto Sensu*” que em todas as análises apresentam características semelhantes, ao passo que permanece enquanto grupo unitário.

Figura 17 - Dendrograma da Análise de Agrupamentos para as variáveis estudadas relacionadas a todos os domínios



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

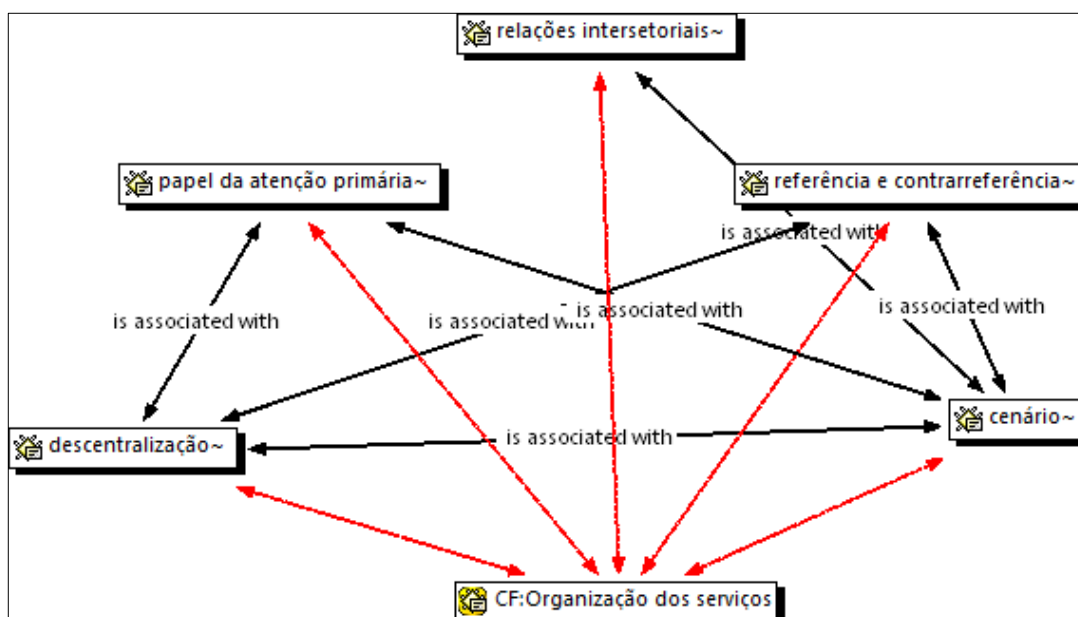
6.2 ELEMENTOS QUALITATIVOS

Com vistas ao favorecimento do entendimento, os resultados qualitativos oriundos das entrevistas com os profissionais de referência dos PMCT foram organizados em famílias temáticas, conforme a relação entre os códigos identificados

a partir de marcas textuais. Dessa forma, tendo como orientação o conceito análise “EP na transferência do TDO” obtiveram-se as seguintes famílias temáticas: organização dos SSA; ações da gestão relacionadas ao controle da TB; gestão do cuidado na TP; ações e estratégias educativas.

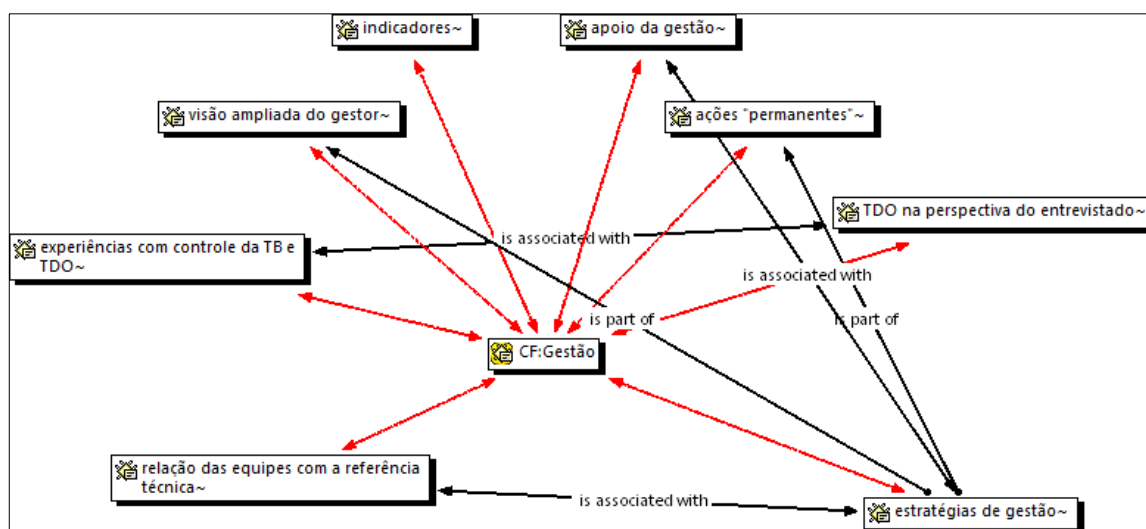
As figuras 18, 19, 20, 21 apresentam as relações dos códigos e convergência das famílias temáticas.

Figura 18 – Rede organização do SSA



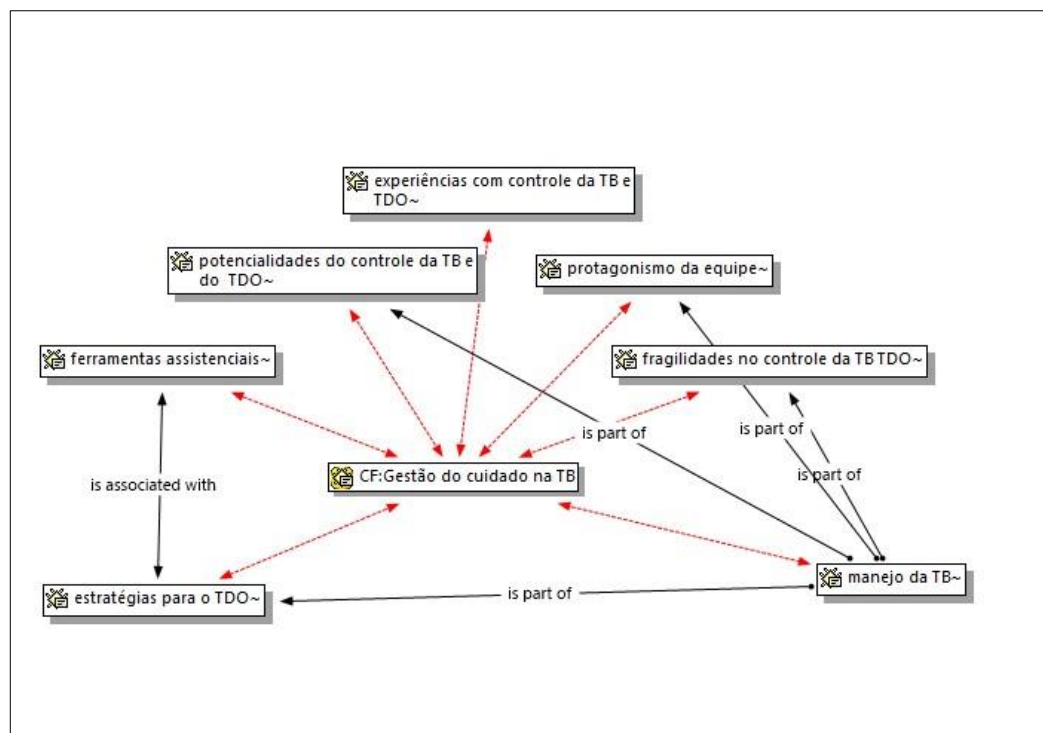
Fonte: Dados da pesquisa (2021), elaborada com auxílio do software ATLAS.ti 6.2.

Figura 19 – Rede ações da gestão para controle da TB



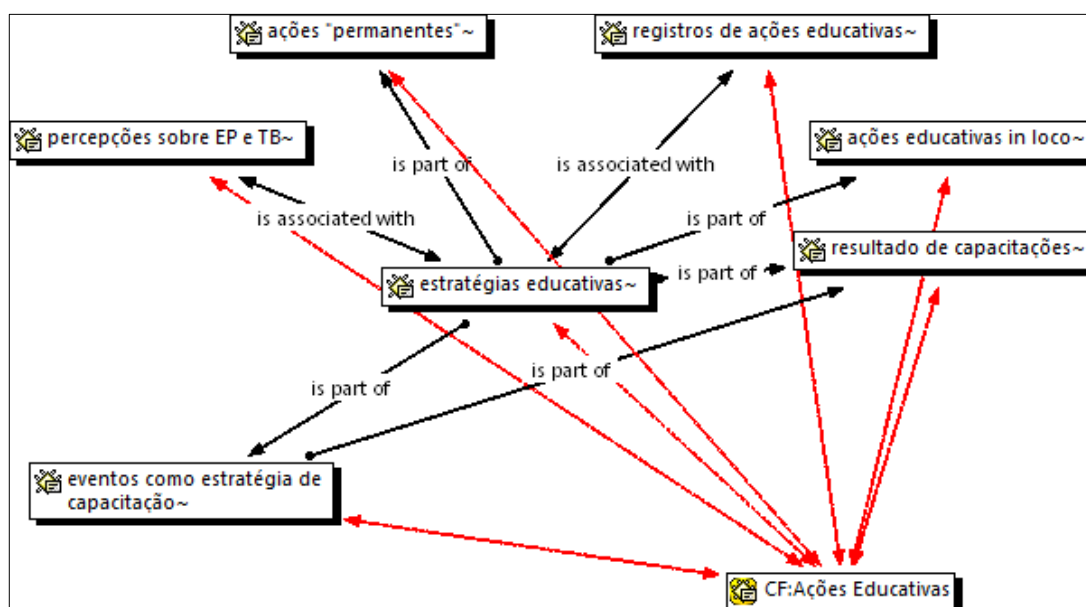
Fonte: Dados da pesquisa (2021), elaborada com auxílio do software ATLAS.ti 6.2.

Figura 20 – Rede gestão do cuidado na TP



Fonte: Dados da pesquisa (2021), elaborada com auxílio do software ATLAS.ti 6.2.

Figura 21 – Ações e estratégias educativas



Fonte: Dados da pesquisa (2021), elaborada com auxílio do software ATLAS.ti 6.2.

Como já mencionado no início deste capítulo, atentando para a proximidade temática das famílias de análise qualitativa, aos subdomínios dos dados quantitativos, optou-se por explorar e buscar entender as categorias “ações da gestão relacionadas ao controle da TB”, “gestão do cuidado na TP” e “ações e estratégias educativas” por

meio da mostra conjunta, relacionadas aos subdomínios de análise quantitativa. Diante disso, os elementos qualitativos relacionados à família temática “organização dos SSA” são apresentados nesta seção.

6.2.1 Organização dos SSA

Como elemento complementar, que não foi possível evidenciar a partir dos dados quantitativos, emerge da coleta de dados qualitativos as características importantes que auxiliam a caracterização do cenário de estudo no que se refere à organização dos SSA relacionados ao controle da TB. Além de que, para entender como ocorre o planejamento e a realização da EP, bem como se dá o processo de TP, é substancial que se compreenda como se dá a organização dos serviços nos territórios. Por isso, para além dos fluxogramas, apresentam-se as sequências discursivas dos participantes que sustentam a conformação dos serviços nos municípios estudados.

Embora o PCT seja considerado como descentralizado nos dois municípios do estudo (PREFEITURA DE UBERABA, 2017; PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2018), é possível observar, nos discursos dos participantes, distinções quanto à condução e acompanhamento dos usuários dos serviços. Isso pode ser verificado nos fragmentos:

Recorte nº 1:

*“E como aqui em “Município 1” a gente que **não tem como pensar em TB sem pensar em atenção primária**, a gente deixa totalmente a atenção primária com a TB, então a gente consegue fazer essa [...] orquestrar esse atendimento na **atenção primária**, deixando o paciente junto à sua **unidade de referência**” (E1 - “Município 1”).*

Ao considerar a sequência discursiva “*não tem como pensar em TB sem pensar em atenção primária*” percebe-se um discurso com Formação Ideológica (FI) equivalente a proposta do SUS, reforçado pelo PNCT, ao definir as competências da APS no controle da TB. As marcas textuais “*atenção primária*” e “*unidade de*

referência” reforçam o conceito e autonomia da equipe da APS. O discurso é enfatizado pelo recorte nº 2:

Recorte n.2:

*“[...] tem até uma tendência assim, bem antes de 2007, bem antes aqui em “Município 1” o atendimento ele era **centralizado** né, e a **tendência de algumas unidades é de não querer ficar com paciente, querer ficar numa unidade centralizadora, a gente não deixa.** O atendimento ele é totalmente focado na **atenção primária**” (E1 - “Município 1”).*

Esse recorte evidencia a posição do PMCT e do gestor em relação à execução da política de modo descentralizado, reforçando o papel da equipe da APS na condução e no tratamento da TB, embora a própria equipe não reconheça seu papel. É uma situação marcada na superfície linguística pela repetição da marca *“tendência”*. A marca linguística *“a gente não deixa”* age como metáfora, diz de um jeito para falar do outro, declarando uma tendência que a TP ocorre no nível local.

O enunciador E1 reforça, em outro fragmento de sua fala, a justificativa para a manutenção do controle da TB de maneira descentralizada:

Recorte nº 3:

*“Então assim, a gente **mantém essa vigilância também**, esse monitoramento para tentar sempre deixar esse paciente sempre na **atenção primária, porque a atenção primária que vai conhecer o paciente melhor, vai conhecer a família, vai conhecer os instrumentos [...]**” (E1- “Município 1”).*

A sequência *“mantém essa vigilância também”* demonstra a preocupação do profissional enquanto monitoramento. No exercício parafrástico é possível interpretar o acompanhamento para a manutenção da política. Além disso, a sequência *“porque a atenção primária que vai conhecer o paciente melhor”* reitera a FI do enunciador aos preceitos do SUS, reforçando a relação com conceitos basilares como o da integralidade aliados à proposta da AB.

Além disso, o discurso de autonomia e responsabilidade da APS presente nos recortes anteriores é sustentado pela fala de outro enunciador do mesmo município, conforme pode ser verificado em:

Recorte nº 4:

*“O programa da TB ele fica dentro da vigilância epidemiológica, então fica na sede da vigilância epidemiológica. Então a gente faz o atendimento, mas como é que se diz, em **99% dos nossos atendimentos são voltados para as unidades saúde, né. A não ser que aconteça alguma coisa que o paciente chega a nós, e aí a gente vai remanejar e colocar essa situação dentro do fluxo. Então o paciente literalmente ele é, ele pode se diagnosticado nos hospitais né, na [nome do serviço], nos hospitais particulares, só que a condução do tratamento dele é na atenção primária. Então ele é, ele é referenciado na atenção primária”** (E4 - “Município 1”).*

O entrevistado reconhece a função de orientação às equipes da APS ao afirmar que *“99% dos nossos atendimentos são voltados para as unidades de saúde”*, segurando a referência do PMCT no município, bem como considera a possibilidade de haver situações em que há a necessidade de a equipe atender ao usuário. Contudo, salienta a existência de um “fluxo” a ser seguido, não sendo negada a assistência ao usuário, logo, porém, sendo adotadas as condutas para que sejam continuadas as diretrizes do PMCT. Além disso, a sequência discursiva *“a condução do tratamento dele (paciente) é na atenção primária”* e logo após a repetição da marca *“atenção primária”* fortalecem o espaço do interdiscurso marcado pela concepção do papel da APS no controle da TB. É possível inferir que a sequência *“ele (paciente) é referenciado na atenção primária”* corresponda à referência que o paciente tem na APS, sendo contrarreferenciado de um serviço secundário ou terciário para a atenção primária.

Ainda, o entrevistado dá exemplo da operacionalização do fluxo de atendimento:

Recorte nº 5:

*“Então um exemplo: a [nome do serviço] me notificou um paciente, quando ela me notifica um paciente, eu olho o endereço dele né, na notificação, e eu **já comunico a área de abrangência**, que ele teve um morador naquele setor que foi diagnosticado pelo hospital tal, na data tal, que iniciou o tratamento de TB, no e-mail **já peço para fazer a análise dos contatos** né, e **dar prosseguimento ao tratamento**, e a **gente já se põe à disposição**”* (E4 - “Município 1”).

Pelo recorte, destacado pelas sequências discursivas *“já comunico a área de abrangência”, “já peço para fazer a análise dos contatos [...] e dar prosseguimento ao tratamento”*, percebe-se que o entrevistado não hesita em explicar como acontece essa comunicação com a APS, o que sugere que os fluxos e papéis são bem definidos no município e a referência da equipe do PMCT é bem implementada, na intenção de que não haja barreiras nesse processo, o que é sinalizado pela marca *“a gente já se põe à disposição”*.

Além disso, merecem destaque os fragmentos da fala do participante sobre como acontece a relação dos serviços de instituições privadas com o sistema público de saúde quando a pauta é a atenção ao paciente com TB:

Recorte nº 6:

*“Mesmo nos hospitais particulares, **geralmente os médicos não assumem um tratamento assim**, essa questão de pegar medicação e dispensar para o paciente os seis meses, eles pegam ali o primeiro mês né, **eles notificam**, recebe a medicação para o primeiro mês e aí esse primeiro mês **a gente entra em contato com abrangência para fazer busca ativa desse paciente**. Agora tem alguns casos que foge do tratamento padrão que geralmente são encaminhados para [nome do serviço], para o [nome do serviço] (serviço ambulatorial)”* (E4 - “Município 1”).

Recorte nº 7:

*“Em relação à TB é muito bem estabelecido, em relação a TB não posso falar que a gente que precisa de melhorias urgentes né, acontece exceções? Acontece principalmente a gente percebe que às vezes os hospitais particulares eles têm uma abordagem diferente do que os públicos. O público já está muito bem delineado isso né, ele é notificado ele tem que notificar o (ao) Programa né, o Programa ele já referencia o paciente, a UAI já referencia o paciente para a unidade de saúde que ele vai fazer o acompanhamento. A gente recebe a notificação, entra em contato com a unidade de saúde se o paciente não tiver ido ainda na unidade, a unidade faz essa busca. **Acontece às vezes no atendimento particular, do médico dar essa notificação para o paciente, levar para a unidade de saúde e aí nisso a gente pode perder esse paciente. Porque como o médico entregou a notificação para ele, não encaminhou para o programa, se esse paciente não procurar a atenção primária a gente não fica sabendo dele né, são raros, mas assim, de vez em quando acontece**” (E4 - “Município 1”).*

Os recortes denunciam as fragilidades com relação à adoção das diretrizes e orientações do PMCT nos serviços privados, havendo a necessidade da retaguarda da APS e a vigilância da equipe do Programa Municipal. As sequências discursivas destacadas reforçam essas lacunas causadas pela falta de informação, sugerindo até a falta de envolvimento dos profissionais. Tais fragmentos reforçam a universalidade do SUS, bem como a abrangência do programa de controle de TB, sustentando-o como política pública com a preocupação em relação à saúde coletiva.

Com relação à organização dos serviços e o atendimento ao paciente com TB do “Município 2”, observa-se a manifestação nos seguintes fragmentos de falas:

Recorte nº 8:

*“Não, nós não temos essa [...] a gente não, quanto departamento nós não ficamos sobre a supervisão direta do tratamento é uma questão de como que está sendo essa evolução. Como estão sendo esses pacientes que estão chegando para o programa **tudo mesmo fica direcionado para esse serviço**, esse serviço também além de atenção básica ele fica sob a supervisão da vigilância epidemiológica do município que faz esse, como que eu posso te dizer, essa interlocução sabe do acompanhamento da supervisão do tratamento” (E3 - “Município 2”).*

A breve pausa na fala do enunciar sugere um momento de reflexão, da ação do processo discursivo, onde ocorrem os deslizamentos, da seleção do que pode e o que não pode ser dito, e o objeto discursivo é deixado de lado, nesse momento ocorre o esquecimento nº 2. Assim, o enunciador escolheu, mesmo que de maneira inconsciente, o que iria falar. O discurso, portanto, revela, pela sequência discursiva *“tudo mesmo fica direcionado para esse serviço”*, a tendência a centralização do atendimento ao paciente com TB a um único serviço, o PMCT. Tal aspecto é acentuado no recorte nº 9.

Recorte nº 9:

*“Todos os nossos profissionais, eles sabem que nós **temos essa referência**. Eles prestam primeiro atendimento, acompanhamento, tratamento, busca ativa em **alguns momentos**” (E3 - “Município 2”).*

O discurso indica a ideia de descentralização ao enunciar que as equipes da APS prestam o atendimento e acompanhamento dos casos de TB, contudo as marcas textuais *“temos essa referência”* e *“alguns momentos”* corrobora com a tendência de centralização.

Recorte nº 10:

*“[...] o profissional ele sabe que tem o serviço TB **ele acaba encaminhando tudo para nós**, quando eu atendo um paciente que eu encaminho para tratamento supervisionado, que a gente faz abordagem, que a gente explique a importância né, a **filosofia que nós estamos aderidos a essa proposta do Ministério**, o profissional da ponta chega para mim fala assim ‘eu não tenho agente, eu não posso sair da unidade, eu não tenho disponibilidade, eu estou sobrecarregado, eu não vou fazer’” (E2 - “Município 2”).*

A fala do entrevistado revela a necessidade do mesmo em reforçar que o PMCT segue as diretrizes e política do MS, contudo a efetivação dessa transferência é abalada, ao passo que ele sinaliza *“ele acaba encaminhando tudo para nós”*. Fato que é reiterado nos recortes nº 11 e nº 12.

Recorte nº 11:

*“[...] enquanto Programa eu **também desenvolvo essas ações aqui**, porque o que eu faço é a gestão, mas também desenvolvo essas ações. **Eu faço TDO**, eu **atendo paciente**, eu administro, eu solicito exame. **Acabo fazendo as duas coisas**, então **eu tenho dificuldade** desse retorno, tá? Com a atenção básica e isso atrapalha, ele impacta o meu serviço de gestão das ações no município” (E2 - “Município 2”).*

Recorte nº 12:

*“É uma impressão que **cada um está num ponto, não existe interface entre os dois**, por isso que ele não avança, onde está a interface?” (E2- “Município 2”).*

Chamam a atenção as sequências discursivas *“também desenvolvo essas ações aqui”* *“eu faço TDO, eu atendo paciente”*, *“acabo fazendo as duas coisas”*, o que acaba sustentando uma sobreposição de papéis. Além disso, o discurso é marcado por uma denúncia da falta de comunicação entre os pontos da rede de atenção, ao dizer que *“eu tenho dificuldade”* e *“cada um está num ponto, não existe essa interface”*.

Diante disso, percebe-se que a gestão possui essa intenção de descentralização, e um discurso diplomático, contudo, os discursos denunciam as fragilidades quanto à condução do programa junto a AB. Ainda, é possível inferir uma tendência à centralização do próprio programa, conferindo assim, um certo *status* enquanto referência municipal. Dessa forma, existe uma dicotomia entre atender as prerrogativas do MS que constam no PNCT, e a efetivação no município. Os fragmentos apontam que hora a descentralização acontece, hora não, corroborando com a inexistência de um fluxo formal no município.

Frente ao exposto, pelas falas dos entrevistados, é possível verificar duas experiências distintas na organização dos SSA e na efetivação e condução da política nos municípios estudados.

6.3 FUSÃO DOS ELEMENTOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS: EXPLORANDO AS POSSIBILIDADES

A partir do tratamento e reflexão dos dados provenientes dos elementos quantitativos e qualitativos, buscando responder à pergunta norteadora deste estudo e alcançar os objetivos propostos, nesta seção propõe-se a mostra conjunta dos resultados organizados por categorias. Fundamentada pela leitura e interpretação conjunta desses elementos, os resultados são apresentados e dispostos nas categorias: O campo de interação entre o PMCT e as equipes de APS; Atenção Primária e a gestão do cuidado: TDO e o controle da TB; Manifestação da EPS: o que evidenciam as equipes e o que “dizem” os profissionais dos PMCT.

6.3.1 O campo de interação entre PMCT e equipes da APS

Ao entender que para a efetivação de um processo de transferência de uma política se faz necessária a comunicação entre os pontos de uma rede, bem como a

interlocução entre a gestão da política/programa e as equipes assistenciais, esta seção demonstra a partir de elementos do instrumento qualitativo e de recortes das falas dos profissionais o PMCT, os aspectos que denotam a interface desses serviços nos cenários de estudo.

Assim, o *joint display* apresentado no quadro 3, retrata tais resultados.

Quadro 3 – *Joint display* “Interação entre PMCT e as equipes da APS”

Elementos Quantitativos								Elementos Qualitativos	
Subdomínio	Questão/Variável	Geral		“Município 1”		“Município 2”		Família temática	Recortes
		Média	Escore padronizado	Média	Escore padronizado	Média	Escore padronizado		
AG	1. A coordenação do PCT municipal/estadual tem discutido o TDO com a equipe da unidade de saúde em que trabalho.	3,48	61,9	3,5	62,5	3,44	61,1	<p>Ações da gestão relacionadas ao controle da TB</p> <p>Recorte nº 13: “A gente tem o hábito de visitá-las [as unidades] constantemente, estar lá na unidade, a gente faz [...]. Antigamente a gente fazia a supervisão, é um termo assim, de muita cobrança e a gente não está lá só para cobrar, então a gente faz uma visita de monitoramento. A gente chega lá, aproveita o momento que é de fornecimento da medicação, a gente entra na unidade, conversa com o enfermeiro, médico para tirar alguma dúvida que eles tenham, se eles têm tempo, a gente conversa com a equipe, se precisar conversar com um paciente, a gente conversa com o paciente também. Então o que acontece, a gente percebeu que para efetivar um melhor controle da Unidade, a metodologia de estar presente nessas unidades foi melhor do que ficar lembrando” (E1 – “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 14: “Mas a gente tinha o momento de estar indo até as unidades, supervisionando, geralmente é o enfermeiro, médico nunca pode atender. [...]. Então, a estratégia que nós tivemos enquanto município é essa, de estar supervisionando e monitorando; por meio de exames, de raio x, exame de teste rápido [...], a gente disponibiliza acesso para que eles estejam nos chamando, para gente estar indo até o local trabalhar com</p>	

									<p>ele a questão da busca ativa, a questão do diagnóstico e tratamento" (E2- "Município 2").</p> <p>Recorte nº 15: <i>"Então a gente antecipa, vai uma vez por mês, vai nas unidades que tem pacientes em tratamento para fazer essa entrega de medicação. No ato dessa entrega de medicação já conversa com o enfermeiro sobre aquele paciente, né, fala, verificar se ele já tem, já tem a cultura colhida, se ele já tem exame de HIV em análise, se está fazendo Baar de acompanhamento e a pessoa que acompanha também tira as dúvidas dela naquele momento" (E4 - "Município 1").</i></p> <p>Recorte nº 16: <i>"[...] Porque é esse momento que eu também tenho tempo para equipe da nossa equipe de vigilância para realmente estar indo nas unidades, porque a gente tem outros afazeres dentro da coordenação. Então é esse momento que eu tenho que aproveitar para ter tempo e conversar e tirar todas as dúvidas né" (E5 - "Município 1").</i></p>
AG	4. Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/ estadual) e a equipe a unidade de saúde em que trabalho.*	3,56	63,9	3,65	66,3	3,41	60,5	<p>Ações da gestão relacionadas ao controle da TB</p> <p>Recorte nº 17: <i>"Então o que acontece, a gente tenta estimular mais essas equipes boas, esses profissionais bons que estão lá e as equipes que a gente percebe que tem alguma dificuldade que o profissional não está tão bom assim, a gente tenta nivelar ou subir ele" (E1 - "Município 1").</i></p> <p>Recorte nº 18: <i>"E à medida da solicitação das equipes a gente desenvolvia, só que as equipes não solicitam. Então as equipes não solicitam e a gestão não libera o profissional mais do que uma vez a cada semestre, a gente estava fazendo pontuais uma vez a cada semestre, mas a gente se coloca à disposição das equipes para que eles nos acionem, para que a gente possa estar fazendo isso ou mensal, a gente é uma proposta quinzenal, eles acharam que era</i></p>	

									<p> muito difícil. Porque eles tinham ‘N’ coisas para fazer, aí a gente fez uma proposta mensal só que eles nunca chamaram” (E2 - “Município 2”).</p> <p>Recorte nº 19: “A gente faz essa abordagem com as unidades de saúde, né. Então quando a gente está, a unidade está ligando para passar que tem um paciente novo porque como às vezes é uma unidade que ela não tem caso de TB frequente né, então quando surge um caso, ela liga e pergunta ‘nossa, como é que é? Como é que eu conduzo? Como que é?’” (E4 - “Município 1”)</p> <p>Recorte nº 20: “[a comunicação] é direta, assim a gente não tem nenhum protocolo em relação a [...] eles podem ligar diretamente para o programa e a gente também, liga diretamente para atenção primária” (E4 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 21: “eu gostaria de deixar essa pergunta ‘onde está a interface?’ Porque na minha opinião a gente está fingindo que está fazendo e não está fazendo. Por quê? Porque aquilo que eu te falei, a gente vive o modelo e o contexto das ações estão em outro, então não tem relação. Qual que é o ponto em comum? Entendeu?” (E2 - “Município 2”).</p>
AG	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.	3,06	51,4	3,12	53,0	2,96	49,1	Ações da gestão relacionadas ao controle da TB	<p>Recorte nº 22: “A falta de cobrança incisiva em cima, ‘por que você não está fazendo o TDO? O TDO não, a busca de sintomático respiratório?’[...] quando a gente não está fazendo essa cobrança, as metas caíram. A quantidade que se investigou caiu. Então o que a gente percebeu, melhor método é estar junto da unidade” (E1 - “Município 1”).</p>

									<p>Recorte nº 23: <i>“Primeira coisa que a gente tenta identificar quando chega na unidade, tenta identificar a liderança formal e a liderança informal da unidade. Identificou essas duas lideranças, a gente tem que trazer para o nosso lado e mostrar a importância. Principalmente quando a gente identifica a liderança informal, que é o mais formador de opinião, a gente tem resultado melhor”</i> (E1 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 24: <i>“É muita responsabilidade na atenção primária como é que se diz, eles têm que conseguir dar conta, é muito fluxo, muito atendimento, é muita coisa. Então você tem que estar presente ali realmente, para conseguir não só auxiliar, mas para dar visibilidade, né. Então quando você está presente no programa da TB, você vai lá, você conversa, ele sabe que ele pode entrar em contato com você a qualquer hora [...]. Então acaba que isso auxilia e deixa a TB em evidência, do que você ser muito rígido em alguns aspectos”</i> (E4 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 25: <i>“Porque a gente vê a pessoa de frente. Conhecer a equipe e não conhecer o outro a diferença é totalmente, que a gente colhe depois os frutos, é maravilhoso porque a pessoa que sai da coordenação do programa né, e entra lá junto na unidade para ver junto com eles, eu acho que a gente consegue, cresce muito, tanto a parte da coordenação quanto a parte assistencial, né?”</i> (E5 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 26: <i>“A gente já percebeu muito. Por isso que a visita in loco é muito importante para saber o que que está acontecendo. Porque às vezes eles não têm [...] eles estão com problemas, mas não passam o problema para frente, não pedem socorro na verdade”</i> (E5 - “Município 1”).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Item com inversão de valores, sendo que a pontuação máxima foi considerada o maior nível de positividade em relação à TP.

Pelos elementos apresentados, pode-se perceber que os profissionais das equipes da atenção primária dos municípios manifestam conformidade, embora próxima do ponto de corte definido em 60% (SICSÚ, 2017), nos itens que versam sobre o TDO a serem discutidos pela coordenação dos PCT com as equipes das unidades de saúde (escores padronizados: “Município 1” 62,5% e “Município 2” 61,1%), a integração/interação entre coordenação do PCT e a equipe das unidades (“Município 1” 66,3% e “Município 2” 60,5%).

Contudo, pelas falas dos entrevistados, em certos momentos, é possível entender uma contraposição ao que apontam os profissionais das equipes de APS. As falas sugerem a existência de uma rotina da equipe do PMCT junto às equipes da APS, principalmente no “Município 1”, o que não se configura de maneira tão clara pelos elementos quantitativos.

No recorte nº 13 as marcas textuais *“visitá-las”, “conversa”, “tirar alguma dúvida”* e *“estar presente”* demonstram a preocupação da equipe de referência do PMCT de trazer à discussão do tema da TB e TDO de maneira corrente. Contudo, a marca textual *“a gente não está lá só para cobrar”*, transmite relação tanto ao esquecimento nº 1, quanto ao esquecimento nº 2, pois o entrevistado sugere a postura hierárquica da coordenação do PMCT enquanto “cobrar” resultados, e não lembra que pode haver outras formas de enunciar.

A preocupação pela interação junto às equipes assistenciais no mesmo município é corroborada nos recortes nº 15 e nº 16, pelos fragmentos *“a gente se antecipa”, “a pessoa que acompanha também tira as dúvidas dela naquele momento”,* e *“é nesse momento que eu tenho que aproveitar para ter tempo e conversar e tirar todas as dúvidas”*, demonstrando discursos interpelados pelas diretrizes do MS.

Além disso, os recortes seguintes, nº 17, nº 19 e nº 20, nas marcas textuais *“a gente tenta estimular mais essas equipes boas”, “a gente tenta nivelar ou subir ele”, “a gente faz essa abordagem com as unidades de saúde” “[a comunicação] é direta”,* contribuem a essa análise, ao sugerir a atenção dos participantes quanto à utilização de meios para a integração junto às equipes, demonstrando a disponibilidade desses profissionais ao contato com as equipes.

Assim no discurso dos profissionais de referência nesse município, constata-se uma filiação a uma formação, que considera a corresponsabilização, a descentralização e a coparticipação, o que não é tão presente na concepção dos profissionais das equipes da APS.

Já no outro município estudado, no recorte nº 14, as marcas linguísticas “a gente **tinha** o momento de estar indo até as unidades”, “o médico nunca pode atender” revelam a inexistência de um contato entre a equipe do PMCT e as equipes da APS, reforçado pela falta de comunicação ao núcleo profissional médico. No mesmo recorte, as marcas textuais “*supervisionando e monitorando por meio de exames, de raio x, exame de teste rápido*” e “a gente disponibiliza acesso para que eles estejam nos chamando” denota uma relação indireta entre essas equipes, bem como uma postura passiva da referência no PMCT, ao sugerir que esta “aguarda” a solicitação de contato pelos profissionais da APS.

Ainda, nesse sentido, o recorte nº 18, reforça tal observação pelas marcas, “E a medida da solicitação das equipes a gente **desenvolvia**”, “a gestão não libera o profissional”, “a gente se coloca à disposição”, “para que eles nos acionem”, “eles acharam que era muito difícil”, “só que eles nunca chamaram”. Consta-se a partir de tais fragmentos a transferência de responsabilidade pela falta de interação e contato tanto às equipes da APS como à gestão, além de que o participante não se reconhecer como partícipe do processo de gestão, mesmo exercendo papel de referência.

Outrossim, corroborando aos resultados quantitativos, no recorte nº 21, pelas marcas linguísticas “onde está a interface?”, “a gente está fingindo que está fazendo e não está fazendo” e “a gente vive o modelo e o contexto das ações está em outro” denunciam a ausência de comunicação entre os pontos da rede, e fragilidades significativas no processo de TP no município. E, o entrevistado demonstra que existe conhecimento sobre as diretrizes do programa de controle da TB, contudo, tais recomendações não são praticadas no município.

Já em referência à utilização de estratégias para motivar e envolver a equipe das unidades de saúde em relação ao TDO, em ambos os cenários os profissionais da APS evidenciam resultados que não caracterizam conformidade (“Município 1” 53% e “Município 2” 49,1%). Contudo, nos dois municípios, os profissionais sinalizam maior conformidade no que diz respeito à utilização de linguagem clara e objetiva da coordenação do PCT ao discutir sobre o TDO (“Município 1” 72,6% e “Município 2” 73,7%).

No recorte nº 22, pelas marcas textuais “a falta de cobrança incisiva em cima”, “cobrança” é possível testemunhar um discurso que é interpelado por preceitos, sugerindo a necessidade da existência de uma chefia que “cobre” resultados. Todavia, no mesmo recorte, “melhor método é estar junto da unidade” pode sinalizar um

discurso contraditório ao apontar a ideia de descentralização, da construção em roda, ao mesmo tempo que pode corroborar à representação de cobrança, e o fato de estar junto à equipe favorecer essa exigência. Em contrapartida, no recorte nº 23, o enunciador demonstra utilizar-se de estratégias de abordagem à equipe que destoam de um discurso autoritário, o que preconiza a coparticipação, a construção conjunta.

No recorte nº 24, o enunciador reforça esse sentido pelas marcas linguísticas *“então você tem que estar presente ali realmente”, “para dar visibilidade”, “auxilia e deixa a TB em evidência”, “do que ser muito rígido em alguns aspectos”*. Também, nos recortes nº 25 e nº 26, *“a gente vê a pessoa de frente”* e *“visita in loco é muito importante para saber o que está acontecendo”*, demonstram a noção de presença, de participação.

Assim, é possível compreender a preocupação da equipe do PMCT de discutir os aspectos relacionados ao controle da TB e ao TDO junto às equipes, contudo, tal preocupação é pouco percebida pelas equipes da APS ao verificar os elementos quantitativos em análise. Diante de tais aspectos, infere-se que em ambos os cenários de estudos há fragilidades na interação entre PMCT e equipes da AB.

6.3.2 Atenção primária e a gestão do cuidado: TDO e controle da TB

Essa categoria de análise conjunta considera os elementos referentes às ações individuais dos profissionais e ações das equipes/unidades de saúde na condução do TDO e o controle da TB emergentes pelos dados quantitativos e relaciona aos elementos manifestados pelos dados qualitativos das entrevistas aos profissionais de referência dos PMCT nos municípios.

O *joint display*, no quadro 4, apresenta a interação entre esses elementos.

Quadro 4 - *Joint display* “Atenção Primária e a gestão do cuidado: TDO e controle da TB”

Elementos Quantitativos								Elementos Qualitativos	
Subdomínio	Questão/Variável	Geral		“Município 1”		“Município 2”		Família Temática	Recortes
		Média	Escore Padronizado	Média	Escore Padronizado	Média	Escore Padronizado		
AI	10. Compreendo as diretrizes do TDO.	4,17	79,2	4,27	81,7	4,02	75,6	<p>Ações da gestão relacionadas ao controle da TB</p> <p>Ações da gestão relacionadas ao controle da TB</p> <p>Ações da gestão</p>	<p>Recorte nº 27: <i>“mas assim eu acho que o que a gente precisa realmente, as equipes da Atenção Primária são as principais nisso tudo aí, então, ela tem que estar sempre mais preparada, ela tem que ter condições. A questão da equipe, sabe, às vezes um médico, enfermeiros, os técnicos e só os agentes realmente é muita demanda, muita demanda mesmo”</i> (E5 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 28: <i>“o que acontece, a o que [...] vou falar bem sincero, as unidades nossas aqui elas têm um discurso que faz o TDO, eu desconfio, mas tem que aceitar o que eles me informam. O que eu desconfio desse discurso né? Qual metodologia é do tratamento diretamente supervisionado? A pessoa ver o paciente tomar a medicação né, numa quantidade calculando, daria assim de pelo menos duas a três doses semanais da medicação ou o profissional estar vendo o paciente tomando. Se ele vai na unidade, ou a unidade vai na casa dele, sem, normalmente a gente não sei não, vai pelo mérito. Mas o que acontece eles falam que é</i></p>
	11. Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO.	4,09	77,1	4,11	77,7	4,05	76,2		

	12. Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância e eficácia dessa política. *	4,40	84,9	4,43	85,6	4,34	83,5	relacionadas ao controle da TB	<i>supervisionado, mas entregando uma cartela por semana ou uma cartela a cada 15 dias, conversando só conversando com paciente, mais em relação de confiança. Se você pegar o manual quando você entrega a medicação do paciente para o próprio paciente tomar medicação, mesmo se você entregar a medicação fracionada para ele, esse tratamento é autoadministrado, né</i> (E1 - "Município 1").
AE	2. O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho.	3,58	64,6	3,76	68,4	3,37	59,3	Ações da gestão relacionadas ao controle da TB	Recorte nº 29: <i>"Então a nossa adesão aqui ela é baixa. Ela não é uma boa adesão e eu não consegui apoio da gestão para fazer isso de forma efetiva"</i> (E2 - "Município 2").
	13. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples.	2,99	49,9	3,04	51,1	2,93	48,2	Gestão do cuidado na TP	Recorte nº 30: <i>"A unidade está com alguma dificuldade na parte clínica, a gente segue a atenção compartilhada, a gente vigia esses compartilhamentos de perto, paciente passa por algum lugar que tem especialista ou passa pela própria universidade, no ambulatório de IST, que tem especialista lá, mas o paciente fica com o pé lá na unidade dele"</i> (E1 - "Município 1").
								Gestão do cuidado na TP	Recorte nº 31: <i>"Ah, eu sei de outros municípios que tem experiência exitosa. Mas eu percebo que no nosso município de prioridade, TB não é prioridade, a gente não tem um apoio da gestão e sem esse apoio da gestão a gente não avança, por quê?"</i> (E2 - "Município 2").
									Recorte nº 32: <i>"A proposta nova do Ministério veio com protocolo de infecção latente para os profissionais tratar. A atenção básica não faz isso, quando a gente</i>

	18. A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO.	4,41	85,3	4,48	87,0	4,31	82,8	Gestão do cuidado na TP	<i>solicita, a gente ouve, né, dos profissionais 'não, nós não vamos fazer isso não' entendeu? Então assim, é uma situação que eu digo que quando a gente vai colocar em prática a gente depende da visão do profissional que está na ponta e aqui a gente não tem tido êxito" (E2 - "Município 2")</i>
AE	17. Nas reuniões de equipe da unidade de saúde em que trabalho, os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO.	3,58	64,4	3,69	67,4	3,4	59,9	Gestão do cuidado na TP	Recorte nº 33: <i>"Só que as coisas vêm aumentando, outras coisas acontecendo né, então eu acho que é reforçar realmente com a equipe de Atenção Primária seja realmente reforçada com sua equipe sabe, eu acho que ela, a questão de [...] eu acho muito importante a questão do técnico de Enfermagem para diminuir essas questões burocráticas, eu até falo que eu já trabalhei aqui em equipes, que a minha equipe burocrática da vigilância na outra cidade que eu trabalhava era toda de técnica de Enfermagem, porque o técnico de Enfermagem ele faz a burocracia e faz os outros serviços e tem um olhar de saúde mais apurado, então é muito importante isso" (E5 - "Município 1").</i>
AE	34. Na unidade de saúde em que trabalho, o TDO é trabalhado de forma multiprofissional	3,98	74,5	4,28	82,0	3,55	63,9	Gestão do cuidado na TP	Recorte nº 34: <i>"As unidades de saúde aqui elas têm nome e sobrenome né, a unidade 'X' [nome da unidade] que é boa, é os profissionais que estão lá dentro são bons, então o que acontece, mesmo tendo assim, o protocolo bom, tendo todo o fácil acesso para conduzir esse paciente, o sucesso da condução dos indicadores são muito focados na equipe que está lá dentro" (E1 - "Município 1").</i> Recorte nº 35: <i>"Tivemos uma unidade de saúde né, que o forte da unidade são os agentes, tem enfermeiro, tem o médico, mas assim, a mobilidade lá da unidade é com os agentes, que tem o vínculo forte com</i>

<p>AE</p>	<p>29. A unidade de saúde em que trabalho criou estratégias para trabalhar com o TDO.</p>	<p>3,02</p>	<p>50,4</p>	<p>3,35</p>	<p>58,9</p>	<p>2,53</p>	<p>38,5</p>	<p>Gestão do cuidado na TP</p>	<p>uma unidade. Foram lá e trocaram os agentes, levou dois meses para enfermeira de lá perceber que o paciente não está tratando. O que acontece? Quem fazia o TDO era os agentes. O agente sabia encontrar o paciente no bar, o agente tinha acesso a boca de fumo ou o agente tinha acesso às áreas lá, onde se não for pessoa conhecida, não entra lá, ele entrava lá e medicava paciente. Então assim, às vezes o rodízio de pessoal, e alterar esse pessoal não é estratégico para gente” (E1 - “Município 1”).</p>
<p>AE</p>	<p>39. Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.</p>	<p>3,82</p>	<p>70,4</p>	<p>3,95</p>	<p>73,8</p>	<p>3,63</p>	<p>65,7</p>	<p>Gestão do cuidado na TP</p>	<p>Recorte nº 36: “A minha equipe toda tem que entender isso né, não só a coordenação, a enfermeira responsável, não é, é a equipe inteira que tem que entender né. Então às vezes a gente pede que tenha a presença do agente comunitário, do técnico, justamente por isso, para ele participarem, eles conhecem a história daquele paciente, aí ele fala e aí a gente começa a trabalhar junto. Eu acho que é isso, é compartilhar mais com a equipe essas situações” (E5 - “Município 1”).</p>
<p>AI</p>	<p>36. Sinto-me motivado a inovar minhas ações com relação ao TDO.</p>	<p>3,64</p>	<p>66,1</p>	<p>3,84</p>	<p>70,9</p>	<p>3,35</p>	<p>58,8</p>		<p>Recorte nº 37: “Então que a gente tenta fazer, os pacientes têm maior risco de abandono eles tentam aplicar essa metodologia. Só que eles podem delegar essa metodologia também, pode deixar para o pastor da igreja, o padre, o dono do boteco delegar esse tratamento supervisionado para ver se essa população mais difícil toma, eu percebo assim, que eu desconfio [...]”. (E1- “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 38: “E tem dificuldade de estabelecer equipamento social na sua abrangência para poder utilizar eles, às vezes tem um equipamento social muito bom e não utilizam, por falta de experiência, por falta da gente chegar lá e utilizar essa ferramenta, tem</p>

								<p><i>unidades de saúde que são convencionais que tem poucos agentes, temos unidades mistas que a gente chama de UAI que agora que está começando a fortalecer a parte de Atenção Primária, era muito focada atendimento ambulatorial de ida passiva, paciente ia lá marcar consulta e ia lá, agora que está começando a estruturar elas” (E1 - “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 39: <i>“Mas o que acontece, se manter alguma coisa engessada a metodologia muito engessada uma população tu não tem essa [...] não é engessada é complicado, então falar para você, o método do tratamento supervisionado deve ser aplicado conforme com a população que você está, está com ela e quem mais que conhece essa população é a unidade de saúde daquele território. Eu sempre falo assim, que não tem como pensar em TB sem pensar em estar na Atenção Primária” (E1- “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 40: <i>“Então a gente orienta sempre fazer o TDO, só que a gente sabe que não tem como eu impor, eu não imponho isso para unidade, porque quem está lá com paciente que conhece a realidade né, vai conhecer a realidade desse paciente e conhece a realidade das unidades de saúde é a pessoa que vai conduzir, então isso fica a critério dele/dela e a gente orienta a fazer o tratamento observado de preferência os cinco dias semanais, mas caso como é que se diz [...] não seja possível, vê se consegue fazer em três né. E aí a pessoa que vai conduzir, que vai ficar responsável por conduzir esse tratamento na unidade de saúde, mas o paciente que opta como é que quer seu tratamento” (E4 - “Município 1”).</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

* Item com inversão de valores, sendo que a pontuação máxima foi considerada o maior nível de positividade em relação à TP.

Em ambos os municípios os profissionais manifestam compreender as diretrizes (escores padronizados: “Município 1”: 81,7% e “Município 2”: 75,6%) e o protocolo de acompanhamento do TDO (“Município 1”:77,7% e “Município 2”: 76,2%), o que sugere a existência de conhecimentos básicos sobre o tema. Nos dois cenários também os profissionais declararam positividade no que refere à adoção das diretrizes do TDO (“Município 1”:85,6% e “Município 2” 83,5%).

No recorte nº 27, o participante reitera, pela marca textual *“ela [se referindo à equipe] tem que estar mais preparada”*, a necessidade de, dentre todas as ações e atividades desenvolvidas pela AB, oferecer subsídios às equipes para atender às demandas relacionadas ao TDO. Sentido que está substanciado no recorte nº 33, pelos fragmentos *“só que as coisas vêm aumentando”* e *“é reforçar realmente”*, o que demonstra que o PMCT considera a carga de trabalho das equipes da AB, e manifesta uma preocupação em manter os profissionais preparados para atender o tratamento da TB.

Mesmo os profissionais da APS manifestando positividade em relação ao conhecimento e aplicação das diretrizes do TDO, identificam-se nos recortes das entrevistas os aspectos que apontam a preocupação dos profissionais do PMCT com a efetiva realização do TDO. No recorte nº 28, as marcas textuais *“as unidades nossas aqui tem um discurso que faz o TDO, eu desconfio, mas tem que aceitar”*, *“vai pelo mérito”* e *“eles falam que é supervisionado”*, enunciam tal inquietação por parte do entrevistado, o que demonstra que ele considera a realidade das equipes, no entanto respeita as informações apresentadas por elas. Reitera-se que se entende que o termo *“supervisionado”*, no contexto em que foi manifestado foi utilizado como sinônimo do TDO, propriamente dito, e não à estratégia do Tratamento Supervisionado.

Mesmo suspeitando da realização do TDO, no recorte nº 30 é possível verificar o apoio prestado pelo PMCT na condução dos tratamentos, nas situações em que há necessidade, pelas marcas linguísticas *“a gente segue atenção compartilhada”*, e *“mas o paciente fica com o pé lá na Unidade dele”*, evidenciando um discurso que reforça a autonomia da APS na condução do TDO.

No recorte nº 29, a marca textual *“nossa adesão aqui é baixa”* contradiz os achados dos elementos quantitativos no que se refere à aplicação das diretrizes do TDO no município, e o fragmento *“eu não consegui apoio”* manifesta e sugere uma tendência centralizadora do controle da TB e a realização do TDO em uma única

pessoa, ou seja, é possível inferir que há fragilidades com relação à descentralização do TDO e o controle da TB. Os profissionais da APS manifestam ter conhecimento e compreensão, bem como seguir o TDO, mas a coordenação do PMCT argumenta não haver adesão.

Nesse íterim, o mesmo enunciador, manifesta uma possível negligência à TB no município, no recorte nº 31, pela marca textual *“no nosso município de prioridade, TB não é prioridade”*, discurso que é sustentado pela experiência e papel social do entrevistado no cenário estudado. Além disso, no mesmo recorte, mais uma vez o participante denuncia a falta de apoio da gestão, utilizando-se para isso da marca *“não tem um apoio da gestão”*. Para mais, no recorte nº 32, o participante delata o baixo envolvimento dos profissionais da equipe de APS no tratamento na TB ao se utilizar da marca linguística *“a atenção básica não faz isso”*, sugestionando, ao afirmar que *“a gente depende da visão do profissional”*, a adesão às diretrizes está à mercê do entendimento e à disposição do profissional da assistência.

Tais afirmações vem ao encontro dos resultados verificados nos itens que avaliam se o TDO tem sido discutido entre os profissionais das equipes de AB, item 2 do instrumento quantitativo (“Município 1”: 68,4% e “Município 2” 59,3%), que sinaliza que o “Município 2” apresenta o escore abaixo do considerado conforme. Além disso, os dados denotam a não conformidade nos dois cenários de estudo, no que se refere ao item 13 do instrumento, que avalia se a equipe considera o TDO uma rotina simples (“Município 1”: 51,1% e “Município 2”: 48,2%), aspecto que pode naturalmente justificar as fragilidades quanto à adesão das equipes manifestadas nos discursos dos participantes.

É comum nos dois municípios a conformidade em relação às equipes da APS reconhecerem a importância do TDO (“Município 1” 87% e “Município 2” 82,8%), contudo, diferem as experiências quanto à discussão de casos clínicos de doentes em TDO pelas equipes (“Município 1” 67,4% e “Município 2” 59,9%) e quanto ao TDO ser trabalhado de forma multiprofissional (“Município 1”: 82% e “Município 2”: 63,9%).

No recorte nº 34, a marca textual *“o sucesso da condução dos indicadores são muito focados na equipe que está lá dentro”* evidencia uma Formação Discursiva (FD) baseada nos princípios e políticas do SUS, ao reconhecer o protagonismo da APS para a efetivação do processo de transferência do TDO e o controle da TB.

A importância e responsabilidade dos membros da equipe é verificada no recorte nº 35, ao evidenciar o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pelas

marcas discursivas *“o forte das unidades são os agentes”, “a mobilidade lá da unidade é com os agentes”, “vínculo forte com uma unidade”, “quem fazia o TDO era os agentes”, “o agente sabia encontrar o paciente”*. O recorte nº 36 corrobora com os fragmentos anteriores, ao sinalizar o papel e a responsabilidade da equipe multiprofissional pelas marcas textuais *“não só a coordenação, a enfermeira responsável”, “é a equipe inteira que tem que entender né”*.

No recorte nº 37 a responsabilidade da equipe da APS para a gestão do cuidado é indicada outra vez, quando o enunciador considera a responsabilidade da equipe em envolver outros setores da sociedade, o que é verificado na marca *“só que eles podem delegar essa metodologia também”*. Esse discurso favorecido por uma FD aliada aos princípios do SUS, reconhece a intersetorialidade do campo da saúde. Porém, no recorte nº 38, as marcas textuais *“e tem dificuldade de estabelecer equipamento social na sua abrangência”* e *“às vezes tem um equipamento muito bom e não utilizam”* acabam denunciando que a intersetorialidade nem sempre é explorada.

Nesse sentido, nos dois municípios estudados, não é observada a conformidade nos resultados quanto às equipes criarem estratégias para trabalhar com o TDO (“Município 1”:58,9% e “Município 2”:38,5%). Porém, em ambos os cenários os profissionais manifestam conformidade no que tange à adaptação do TDO à realidade de sua área de abrangência (“Município 1”: 70,9% e “Município 2”: 65,7%).

Embora divergente em relação aos elementos quantitativos, o protagonismo e autonomia da equipe da APS em definir estratégias para conduzir e adaptar o TDO aos seus territórios e realidades é considerado pelos profissionais do PMCT e manifestados nos recortes nº 39 e nº 40, destacados pelas marcas textuais *“o método de tratamento supervisionado [entenda-se TDO] deve ser aplicado conforme a população que você está”, “e quem mais que conhece essa população é a unidade de saúde daquele território”, “não tem como pensar em TB sem pensar em estar na atenção básica”, “a gente orienta sempre fazer o TDO”, “não tem como eu impor”, “quem está lá com paciente que conhece a realidade”* e *“então isso fica a critério dele/dela e a gente orienta”*.

Apesar de os discursos, que, em sua maioria, seja favorável às ações das equipes de APS para o controle da TB e condução do TDO, há diferenças nos dois cenários quanto à conformidade em relação à motivação do profissional em inovar suas ações com relação ao TDO (“Município 1”: 70,9% e “Município 2”: 58,8%).

6.3.3 Manifestação da EPS: o que evidenciam as equipes e o que “dizem” os profissionais dos PMCT

Nesta categoria são analisados os elementos que manifestam relação à EPS, o que é introduzido na mostra conjunta apresentada no quadro 5.

Quadro 5 - *Joint display* “Manifestação da EPS: o que evidenciam as equipes e o que ‘dizem’ os profissionais dos PMCT”.

Elementos Quantitativos								Elementos Qualitativos	
Subdomínio	Questão/Variável	Geral		“Município 1”		“Município 2”		Família Temática	Recortes
		Média	Escore Padronizado	Média	Escore Padronizado	Média	Escore Padronizado		
AE	37. Na unidade de saúde em que trabalho, os profissionais recém-contratados ou realocados recebem com frequência treinamentos sobre o TDO.	2,41	35,3	2,49	37,4	2,29	32,4	Ações da Gestão relacionadas ao controle da TB	<p>Recorte nº 41: “Quando que eu sei que um profissional é novato? Eu nunca sei, eu não tenho do recursos humanos falando ‘olha, entrou médico, entrou enfermeiro, entrou técnico’. Eu já pedi, já solicitei, já conversei tanto com quem coordena atenção básica que são chefes de seção, quanto a atenção especializada. Não tenho, eles não informam para gente, quantos recursos humanos. O que eles falam ‘Ai é muito dinâmico, é muito assim, tudo muito rápido a gente acaba fazendo uma coisa e acaba esquecendo’ então quando eu sei? Quando dá problema, quando laboratório me liga e fala que material é inadequado, quando o paciente é encaminhado de forma inadequada para outros serviços. E aí me ligam para saber o que que está acontecendo. Eu tenho, é uma rotatividade muito grande e eu não tenho acesso a essa rotatividade, então isso atrapalha, porque desestrutura aquela equipe né, os profissionais já tem ‘N’ coisas para fazer e quando pensar que dentro de tudo que a atenção básica tem, eu ainda tenho as ações de TB que são muito cobradas” (E2 - “Município 2”).</p> <p>Recorte nº 42:</p>
AG	14. A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO.	2,55	38,8	2,56	39,0	2,53	38,4		
AI	15. Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO.	3,54	63,4	3,53	63,4	3,54	63,5		
AE	16. A unidade de saúde em que trabalho não me libera para participar de capacitações e treinamentos sobre o TDO. *	4,31	82,7	4,40	84,9	4,18	79,6	Ações da Gestão relacionadas ao controle da TB	
EE	7. Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe (palestras, seminários, grupos operativos, manual, encontros, entre outros).	3,41	60,3	3,41	60,3	3,41	60,3		

	8. As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO.	3,96	74,1	4,00	75,0	3,91	72,8	Ações e estratégias educativas	<p>“E uma coisa que a gente começou aqui fo porque só entregava os medicamentos depois, levava o medicamento, eu falei ‘não gente, o trabalho não é esse, a gente tem que ir nas unidades e fazer a entrega de medicamento, fazer revisão e orientar esses profissionais que estão na ponta, o que realmente é o tratamento de TB, o que é a busca ativa do sintomático respiratório’ porque a rotatividade é muito grande, são vários profissionais novatos, pessoas recém-formadas que entraram para as unidades de saúde e isso é a todo momento” (E5 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 43: “E assim, o que a gente tinha como método antes: promover grandes simpósios, grandes capacitações em março né, pegando o dia mundial de combate à TB como norte, com as políticas que trata o ano todo” (E1 - “Município 1”).</p> <p>Recorte nº 44: “Então esse é o trabalho da vigilância, EP todo momento, a gente não pode desistir né porque o trabalho na ponta né, quem já passou pela ponta sabe o trabalho que é, a quantidade de programa, a quantidade de responsabilidade. Então a gente precisa estar, quem está nos programas tem que dar esse apoio, para que eles se sintam mais seguros, principalmente na parte burocrática vamos dizer né, porque às vezes o tratamento você fala ‘resolve ali’ e a pessoa entende e vai indo, mas tem muita burocracia. E essa burocracia faz parte, é importante, a gente precisa desses dados fidedignos para que a gente saiba realmente da situação epidemiológica do município. [...]. E que naquele momento é fazer uma supervisão de como é que está, de como que é está sendo feito, sentar com aquela equipe para explicar o que que é,</p>
EE	9. Na unidade de saúde em que trabalho, tenho acesso aos materiais educativos sobre o TDO (pôsteres, cartazes, vídeos, panfletos, internet, entre outros).	3,54	63,5	3,64	66,0	3,39	59,9	Ações da Gestão relacionadas ao controle da TB	
	20. Os materiais educativos da unidade de saúde em que trabalho norteiam/auxiliam a minha prática profissional com os doentes em TDO.	3,76	68,9	3,90	72,6	3,54	63,4	Ações e estratégias educativas Ações e estratégias educativas	

									<p>Ações e estratégias educativas</p> <p><i>como que é feito, por que tem que preencher as planilhas, tirar dúvidas do tratamento, tirar todas as dúvidas possíveis. Tanto da parte burocrática, quando a parte assistencial né</i> (E5 - "Município 1").</p> <p>Recorte nº 45:</p> <p><i>"Nós fazemos o treinamento anual, nos últimos dois anos não, a gente reúne todos os profissionais, a adesão dos médicos é baixa, eles não vêm para gente fazer discussão de caso para gente fazer ajuste de conduta, eles não vêm! Quem vem? Enfermeiro. Quem vem? Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário"</i> (E2 - "Município 2").</p> <p>Ações e estratégias educativas</p> <p>Recorte nº 46:</p> <p><i>"Para estar atendendo eles têm uma capacitação/qualificação, uma qualificação anual com todos para gente estar discutindo as estratégias tanto que estão em práticas né? As dificuldades, propostas de melhoria, a gente é muito aberto, para os profissionais estarem nos dando feedback de proposta e os repasses também, os ajustes que vem sendo feito por meio do Ministério da Saúde. Então a gente tem todas essas estratégias, a gente faz um [...] seria para os que estão entrando né, uma capacitação, no controle das ações só que aí é o que eu te falo a gestão não dá apoio"</i> (E2 - "Município 2").</p> <p>Recorte nº 47:</p> <p><i>"Esse ano a gente não fez nenhuma ação grande né, em relação a nenhum evento grande em relação à EP. A gente sempre faz uma vez no ano uma, onde se convoca médicos e enfermeiros né, uma capacitação. A gente percebe que adesão ela não é, como é que se diz, a gente não vê muito reflexo disso nas ações depois, fica</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>Ações e estratégias educativas</p> <p><i>uma coisa assim [...] você faz a capacitação, mas parece que as dúvidas continuam e não mexe muito com o dia a dia né, da Atenção Primária</i> (E4 - "Município 1").</p> <p>Recorte nº 48: <i>"Só que assim, em março a gente fazia o simpósio, tinha melhora dos indicadores em março/abril/maio depois os indicadores começavam a cair, porque as pessoas começavam a esquecer a TB. O que a gente começou a perceber, a metodologia dos grandes eventos já não estava tão eficaz mais"</i> (E1 - "Município 1").</p> <p>Recorte nº 49: <i>"Não basta a gente fazer grandes capacitações, grandes eventos, chamar o pessoal para poder conversar. O trabalho mais efetivo foi estar presente nas unidades de saúde, o pessoal vendo a gente chegar para visitar, olha e fala 'iish, tem paciente aqui' [...] 'é, você tem paciente mesmo'"</i> (E1 - "Município 1").</p> <p>Ações e estratégias educativas</p> <p>Recorte nº 50: <i>"Roda de conversa, a gente chega na unidade e conversa com o enfermeiro, tem unidades que o líder não é o enfermeiro, o líder é o médico, a gente conversa com o médico. Tem unidade que o líder é o assistente social, a gente conversa com o assistente social"</i> (E1- "Município 1").</p> <p>Ações e estratégias educativas</p> <p>Recorte nº 51: <i>"Aí o que acontece, como a gente roda muito a unidade, eu consigo saber [...] levar para uma unidade de saúde a experiência exitosa de outra unidade. Assim também [...] falar 'olha a unidade tal, ela falhou no que você está tentando fazer aqui agora e fez tal metodologia e dá certo'.</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

										<p>Ações e estratégias educativas</p> <p><i>Então a gente começa a aproximar os laços e identidades com as unidades” (E1 - “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 52: <i>“Então assim, para fortalecer o TDO, para fortalecer o Tratamento Diretamente Supervisionado, TDO, nas unidades o que a gente percebeu, a gente estar presente na unidade conversando, orientando, foi mais efetivo” (E1 - “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 53: <i>“Eu falo assim, se a gente para de conversar, os indicadores pioram. Então a gente não pode parar com a EP. Mas a EP não nesses itens que eu estava contando para você, de levar, fazer, aulinha coisas [...] não, da gente sentar e conversar. E hoje o que acontece, as pessoas também quando estão com dúvida, a gente consegue tirar a dúvida de forma mais centrada” (E1 - “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 54: <i>“Megaeventos além de ser dispendiosos não consegue pegar atenção, eu lembro quando a gente estava dando treinamento há uns oito anos para relação a infecção latente, enchemos um anfiteatro e começamos a falar da importância e coisa assim, a gente vê o pessoal mexendo no celular, pessoas comercializando, voando. Você vê profissionais de ponta no Estado/país para poder conversar, gastamos né, gastamos em pagar passagem aérea, com alimentação, fizemos um gasto grande e a gente percebeu que, depois que o pessoal foi embora, depois de uns dias a gente fez as perguntas básicas que tinha explicado já, então megaeventos não são muito funcionais nosso ponto de vista” (E1 - “Município 1”).</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>Recorte nº 55: <i>“Então é uma gama de transferências de conhecimento, de experiências exitosas que a gente faz quando a gente tem essa reunião com os profissionais, uma dessas é a forma de abordagem nas qualificações, a gente utiliza metodologias ativas que é para ajudar o profissional na construção do seu conhecimento a partir de experiências reais nesta discussão. Então a gente tem esse cuidado porque a gente viu que isso é uma forma bastante interessante da gente poder melhorar a questão da percepção do profissional de saúde” (E2 - “Município 2”).</i></p> <p>Recorte nº 56: <i>“Não tem como desmembrar, se você não manter uma educação mais incisiva, EP, as unidades elas não vão fazer o tratamento supervisionado, inclusive isso consegui provar no meu do meu TCC. É não tem como desmembrar, se você não fica explicando, não fica conversando, até a unidade que é boa ela começa a enferrujar, ela já começa enferrujar, ela já começa a enferrujar” (E1 - “Município 1”).</i></p> <p>Recorte nº 57: <i>“Olha essa relação é fundamental. Não tem como qualquer coisa você controlar ou realmente acompanhar sem a EP. E as coisas mudam, as pessoas mudam, então assim a EP é fundamental para qualquer ação, não só a questão da saúde, mas principalmente que estamos falando da saúde. Então a EP em saúde ela é fundamental para que tudo aconteça e é para questão dos planejamentos” (E5 - “Município 1”).</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

* Item com inversão de valores, sendo que a pontuação máxima foi considerada o maior nível de positividade em relação à TP.

Inicialmente chama-se a atenção os valores abaixo do escore considerado como conforme, no que diz respeito ao treinamento sobre o TDO aos profissionais recém-contratados ou realocados nas unidades de saúde (escore padronizado “Município 1”: 37,4% e “Município 2” 32,4%). O recorte nº 41 corrobora com este achado, sustentado nas marcas textuais “*quando eu sei que um profissional é novato? Eu nunca sei*”, “*quando dá problema*”, “*é uma rotatividade muito grande, e eu não tenho acesso a essa rotatividade, então isso atrapalha*”. Este discurso denuncia a falta de comunicação entre os setores dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Por parte o setor de recursos humanos, que não informa os dados sobre a rotatividade de pessoal, e por outro lado, o PMCT também não busca de maneira ativa tais informações.

Já no outro município do estudo, de encontro ao que demonstram os dados quantitativos, o participante manifesta um discurso que sugere um cunho idealista aos preceitos, tanto da EPS quanto do controle da TB, ao enunciar, conforme as marcas discursivas presentes no recorte nº 42 “*o trabalho não é esse, a gente tem que ir nas unidades*” e “*fazer revisão e orientar esses profissionais*”. Não é possível inferir onde mora a razão, ou se existe razão, entre as duas abordagens, dos profissionais da APS ou do enunciador, contudo, é possível perceber as fragilidades no que se refere a esse entendimento.

Os dados quantitativos com relação a participação do profissional da APS nos treinamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde sobre o TDO, item 15 do instrumento estão em conformidade, ambos os cenários, embora próximo ao limite (“Município 1”:63,4% e “Município 2” 63,5%), o que sugere que os profissionais participam dos treinamentos. Também, os profissionais manifestaram serem liberados para participar das capacitações sobre o TDO, conforme nos dois municípios (“Município 1”: 84,9% e “Município 2”: 79,6%). No entanto, no que diz respeito à frequência com que são oferecidas as capacitações sobre TODO pela coordenação dos PCT os dados se apresentam abaixo do escore de conformidade (“Município 1”: 39% e “Município 2”: 38,4%).

Com relação aos treinamentos e ações educativas, no recorte nº 43 a marca textual “*a gente tinha como método antes: promover grandes simpósios*” enuncia a prática de treinamentos realizada pelo PMCT. O advérbio de tempo “*antes*” refere-se nesse fragmento a uma prática comum anterior ao período marcado pela pandemia da COVID-19, iniciado no Brasil em março de 2020.

Já no recorte nº 44, o profissional no PMCT apresentou em sua fala as características que consideram outras possibilidades para a EPS, para além dos simpósios e eventos, sustentadas pelas marcas textuais “*esse é o trabalho da vigilância epidemiológica, EP todo momento*”, “*quem está nos programas tem que dar esse apoio*”, “*fazer uma supervisão*”, “*sentar com aquela equipe e explicar como é, como que é feito, porque tem que preencher as planilhas, tirar dúvidas*”. Tais manifestações sugerem a FI do participante associada às diretrizes do MS no que considera a PNEPS, o que demonstra uma relação com os conceitos, como da aprendizagem significativa. Além disso, a utilização da supervisão como ferramenta ou estratégia educativa pode relacionar-se à utilização de formas de monitoramento que possibilitam a avaliação das práticas e o processo de planejamento.

Ainda que os dados quantitativos tenham sinalizado conformidade em relação a participação dos profissionais da APS nos treinamentos e capacitações, o E2 denuncia por meio do recorte nº 45 e marcas textuais: “*a adesão dos médicos é baixa*” e “*que vem? Enfermeiro. Quem vem? Técnico de enfermagem e agente comunitário*”, prenunciando as fragilidades quanto à participação dos profissionais do núcleo profissional médico.

No recorte nº 46, a marca linguística “*eles têm uma capacitação/qualificação*” reforça a existência do treinamento sobre o controle da TB, contudo o fragmento: “*a gente é muito aberto, para os profissionais estarem nos dando feedback de proposta e os repasses também*” sugere que a avaliação deve ser manifestada pelo profissional da AB, não fazendo parte de um processo educativo e de planejamento motivado pelo PMCT. Ou seja, é possível entender que o profissional deve manifestar-se ao PMCT, e não este buscar instigar e estimular o profissional.

Ainda em referência às capacitações, no recorte nº 47, embora a utilização da expressão “*como é que se diz*” e também a utilização de um tempo para pensar a melhor maneira de enunciar, simbolizado no recorte pelo uso de reticências [...], as marcas textuais “*a gente não vê muito reflexo disso nas ações depois*” e “*mas parece que as dúvidas continuam*”, e as marcas textuais presentes no recorte n. 48 “*as pessoas começavam a esquecer a TB*” e “*a metodologia de grandes eventos já não estava tão eficaz mais*” denotam a ineficiência de eventos e simpósios como ferramentas de EPS na TP de controle da TB e TDO.

Como alternativa a isso, nos recortes nº 49, nº 50, nº 51, e nº 52 é possível verificar as estratégias educativas utilizadas em substituição à realização de eventos

e simpósios, como destacado pelas marcas textuais *“o trabalho mais efetivo foi estar presente”, “roda de conversa”, “levar para uma unidade de saúde a experiência exitosa de outra unidade”, “a gente estar presente na unidade conversando, orientando foi mais efetivo”*. Diante disso, percebem-se os discursos associados à proposta da PNEPS, bem como a consideração da micropolítica e aprendizagem significativa como ferramentas para a efetivação da EPS.

Nesse contexto, é oportuno destacar os resultados dos elementos quantitativos, no que tange à utilização de estratégias educativas e de sensibilização para viabilização do TDO que embora no limite do escore considerado, manifestam-se em conformidade em ambos os municípios (“Município 1”: 60,3% e “Município 2”: 60,3%). Ainda, os dados denotam conformidade ao que os profissionais da APS manifestam sobre as estratégias de sensibilização da equipe, ao produzirem impactos positivos nas ações relacionadas ao TDO (“Município 1”: 75% e “Município 2”: 72,8%).

Isso é reforçado no recorte nº 53, pela marca discursiva *“se a gente para de conversar, os indicadores pioram”*. Além disso, a FI sinalizada anteriormente é reiterada pelo fragmento *“não nesses itens que eu estava contando para você, de levar, fazer aulinha coisas [...] não, da gente sentar e conversar”* e no recorte nº 54 pela marca discursiva *“megaeventos além de ser dispendiosos não consegue pegar a atenção”*.

Em relação às ações educativas, no recorte nº 55, a marca textual *“é uma gama de transferências de conhecimento”*, a utilização do termo *“transferência de conhecimento”* demonstra um discurso associado à matriz do ensino tradicional, em que uma pessoa, detentora de maior conhecimento que os demais, transfere o que sabe à classe. Contudo, no mesmo recorte, o enunciador se utiliza das marcas textuais *“a gente utiliza metodologias ativas que é para ajudar o profissional na construção do seu conhecimento”* e *“é uma forma bastante interessante da gente poder melhorar a questão da percepção do profissional de saúde”* na tentativa de manifestar um discurso aliado às FIs da PNEPS.

O impacto das ações educativas ainda pode ser sustentado no recorte nº 56, pelas marcas linguísticas *“não tem como desmembrar”* e *“se você não fica explicando, não fica conversando, até a unidade que é boa ela começa a enferrujar”*, o que demonstra que tais ações devem ser constantes e permanentes.

E, para finalizar, sobre a relação da EP com as ações na AB, as marcas *“essa relação é fundamental”, “a EP é fundamental para qualquer ação”* e *“é para questão*

dos planejamentos”, no recorte nº 57, sustenta a matriz problematizadora da EPS, que se utiliza de um processo para sua efetivação, que parte de uma necessidade, há a prática educativa e se utiliza da avaliação para o planejamento de novas ações. Processo esse, também verificado na transferência de uma política.

7 DISCUSSÃO

Pela disposição e apresentação dos resultados desta pesquisa, a discussão está manifestada em duas categorias. A primeira, considera o protagonismo da APS para a efetivação do processo de TP; já a segunda, discorre-se sobre a TP pela ótica da EPS, enquanto ferramenta para sua concretização.

7.1 O PROTAGONISMO DA APS NA TRANSFERÊNCIA DO TDO E O CONTROLE DA TB

Ao reconhecer a APS como porta de entrada preferencial do SUS, o MS ao propor as recomendações para o controle da TB reforça sua responsabilidade enquanto referência para o tratamento e o controle da doença. O que quer dizer que as pessoas com suspeita de TB devem ser identificadas, atendidas e vinculadas à APS (BRASIL, 2017a; 2017b; 2019; 2021).

Nessa perspectiva, considera-se o entremeio aos processos de gestão do cuidado que podem fortalecer ou fragilizar a TP, e organização dos serviços que atendem às pessoas com TB (BARRÊTO *et al.*, 2012). Assim, é oportuno valer-se de conceitos relacionados à gestão do cuidado, que por sua vez é entendida pela maneira como o cuidar se manifesta e se organiza na interação entre os sujeitos, sendo capaz de causar influências e subversões (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Cecilio (2011) propôs que a gestão do cuidado é realizada em seis dimensões, que são intrínsecas entre si: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A primeira está relacionada ao princípio da autonomia, o que o autor também denomina de “cuidar de si”. A dimensão familiar tem referência nos diferentes momentos da vida do sujeito, seus atores contemplam os familiares, amigos e vizinhos. Essa dimensão também considera os conflitos e as contradições inerentes às relações de cuidado, essencialmente às que envolvem os cuidadores e os que são cuidados.

Na dimensão profissional intercorre o encontro entre profissionais e os usuários, no campo da micropolítica em saúde. Essa dimensão é orientada por três elementos que conferem a produção do cuidado: a) a competência técnica do profissional, a capacidade que ele tem de dar respostas aos problemas vividos pelo usuário; b) a postura ética do profissional, a maneira como ele mobiliza o que sabe e

o que pode ser feito, nas condições de trabalho; c) a capacidade de constituir vínculo com quem precisa de cuidados (CECILIO, 2011).

A quarta dimensão, organizacional, permeia os espaços dos SSA. Essa dimensão é caracterizada pela divisão técnica e social de trabalho, considerando os elementos como o trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, e a função gerencial. Aqui, evidencia-se a organização do processo de trabalho, com a definição de fluxos e normas de atendimento. Ainda, considera-se a adoção de dispositivos comuns aos profissionais, como protocolos, reuniões de equipe, planejamento e avaliação. Esse espectro demanda a cooperação de muitos atores, em espaços sinalados por diferenças e assimetrias (CECILIO, 2011).

Em seguida, na dimensão sistêmica verificam-se as conexões formais que são regulamentadas entre os serviços. Nesse aspecto, visualizam-se as redes e linhas de cuidado, na compreensão do cuidado integral (CECILIO, 2011). À exemplo do que evidenciam os resultados desse estudo no que tange a organização dos SSA nos cenários estudados, é nessa dimensão que acontece o movimento dos usuários no SS, a construção de itinerários terapêuticos. Nessa dimensão ainda que os gestores ocupam parte importante de seu trabalho de gestão do cuidado (CECILIO, 2011).

Na última dimensão, a societária, compreende-se como são produzidas as políticas públicas, e a definição do papel do Estado na formulação e implementação de estratégias para a efetivação das políticas sociais. Logo, essa é a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, é aqui que acontece a comunicação da sociedade civil com o Estado, resultando em melhores ou piores condições de vida para a população (CECILIO, 2011).

Aliada à autonomia do usuário e sua relação com a dimensão familiar, a coordenação do PCT e a equipe da APS são atores fundamentais na TP do TDO, isso porque ambas atuam conforme ocorre a sua execução. À gestão do município compete viabilizar as ações de controle da TB, inclusive o TDO, com papel de articulação entre os núcleos com poder de tomada de decisão e os serviços assistenciais. À equipe da APS compete a operacionalização do TDO (SANTOS *et al.*, 2010; SICSÚ, 2017; YAMAMURA *et al.*, 2014).

Perante o exposto, cabe à reflexão sobre a consolidação da TP do TDO, para isso, alia-se à Peruhype *et al.* (2018) e Silva (2016) quando os autores afirmaram que a informação é o eixo basilar na consolidação do TDO, uma vez que a maneira dos profissionais de saúde é informada quanto à importância e à necessidade de

realização do TDO e outras estratégias de controle da TB, e como isso pode influenciar no sucesso ou fracasso da TP.

Embora pelos dados quantitativos seja possível verificar a conformidade nos itens que fazem relação ao conhecimento quanto às diretrizes do tratamento e reconhecer a importância do TDO, percebe-se pelos processos discursivos a conformação de discursos que sugerem as dificuldades que as equipes têm em reconhecer esse papel. Abre-se parênteses apenas para ressaltar que o instrumento utilizado - ATP-IINFOC-TB - não se preocupa em mensurar o nível de informação ou conhecimento dos participantes, mas em dar subsídio de investigação às variáveis, processos e elementos relacionados à TP do TDO (SILVA, 2016).

Ballestero *et al.* (2019) corroboraram a notoriedade da equipe no tratamento da TB ao mencionar a maior chance de êxito no tratamento quando da existência de proximidade entre as equipes e os doentes. Os mesmos autores ainda mencionaram o sucesso do tratamento quando foi considerado o dimensionamento das equipes e os pontos assistenciais em locais estratégicos (BALLESTERO *et al.*, 2019).

Ainda, sobre a produção dos cuidados à pessoa com TB na APS, os resultados são favorecidos devido à longitudinalidade do cuidado e à proximidade dos profissionais ao contexto dos usuários do serviço. Desse modo, operacionalmente, o enfermeiro, o TE e o ACS são considerados protagonistas na condução do TDO, produzindo ações variadas e acolhedoras (SOUZA *et al.*, 2014; SHUHAMA *et al.*, 2017).

Diante disso, é necessário atentar para que o protagonismo exercido por profissionais específicos, ao mesmo tempo que confere agilidade no atendimento, não torne outros membros da equipe isentos das ações de controle da TB (WYSOCKI *et al.*, 2017).

Junges, Burille e Tedesco (2020) ratificaram o risco causado por esse direcionamento, o que pode suscitar o descompromisso da equipe para com o usuário. Diante disso, revigora-se a responsabilidade da equipe em acolher o usuário com TB e a postura necessária de responsabilização.

Ao considerar a estreita ligação da equipe da APS com o território, essa assume uma importante referência no tratamento da TB, como potência para as ações que sobrepujam o caráter meramente curativo. No âmbito da APS ocorre o entremeio aos diferentes fatores que corroboram para a efetivação do cuidado, como o social, econômico, geográfico, sociocultural, organizacional. Logo, é ali que acontece a

conformação entre acessibilidade e vínculo, e a aceitação do TDO está sujeita à construção de sentidos, oportunizados por essa interação (JUNGES; BURILLE; TEDESCO, 2020).

Em vista disso, a adesão ao tratamento supera os limites do simples ato de ingerir a medicação, pois está associada à construção de subjetividades inerentes à relação do usuário com a doença e com o SSA. Esses fatores oferecem subsídios às condições que potencializam ou limitam o tratamento. As condições ideais almeçadas pelo TDO consideram o estabelecimento de vínculos e sua importância para a redução do abandono, o que compreende a corresponsabilização no processo de cuidado (JUNGES; BURILLE; TEDESCO, 2020).

Diante desse entendimento, corrobora à reflexão motivada neste estudo a relevância do papel do ACS como ator social presente no território, e sua contribuição profissional na detecção precoce dos suspeitos de TB e no manejo dos casos da doença nos domínios da APS. Contudo, nesse processo, é necessário que sejam considerados os processos de trabalho subsidiados pela qualificação, valorização e motivação profissional (CRISPIM *et al.*, 2012). Ainda, os mesmos autores complementaram que no que tange às problemáticas que fogem à autonomia do ACS, cabe à gestão suscitar e apoiar dispositivos institucionais, que visem à produção em saúde condizente à necessidade epidemiológica do cenário (CRISPIM *et al.*, 2012).

Os achados deste estudo conduzem ao entendimento que, não obstante o tratamento da TB seja descentralizado nos dois municípios, existe uma propensão, nos dois cenários, de centralização dele ao PMCT. Andrade *et al.* (2017) contribuíram para essa análise, ao sinalizar que a maneira como o programa de controle está ordenado no cenário municipal, singularmente, no que diz respeito à descentralização das ações para a APS, e a deficiência de gestão, repercutem na assistência ao paciente com TB, enquanto vigilância epidemiológica e promoção à saúde.

Esse dissenso é observado também em outras produções, em cenários em que existem situações favoráveis ao alcance de indicadores satisfatórios para o desfecho da TB, contudo há queda nas taxas de adesão e cura, dificuldades de acesso, integração deficitária entre as ações e os SSA no planejamento da assistência. Desvelando que circunstâncias organizacionais naturais aos SSA influenciam na efetivação da descentralização (MARQUIEVIZ *et al.*, 2013; WYSOCKI *et al.*, 2017).

Semelhante ao que fora analisado por Santana *et al.* (2020), embora a descentralização dos serviços objetive a eficiência e melhoria do acesso ao cuidado,

é possível perceber que a implementação dessa integração possa não ser incorporada pelos diferentes níveis de gestão. As mesmas autoras também ponderaram o fato de a TB não despertar mobilização, comprometimento e investimentos necessários, o que sugere ser motivado pela concepção de doença negligenciada e de pouca magnitude (SANTANA *et al.*, 2020).

A partir dos sentidos manifestados pelos enunciadores, associados ao que consta em documentos gerenciais que discorrem sobre a organização dos SSA, percebem-se vivências e experiências distintas nos dois cenários do estudo, sendo que, em um deles são verificadas as maiores fragilidades no estabelecimento de fluxos e ordenação dos serviços para a efetivação da TP. Diante disso, é oportuno pronunciar que se a descentralização for restrita a protocolos e normativas, os profissionais da APS não se sentirão envolvidos e na corresponsabilidade pela efetivação e êxito do tratamento e controle da TB (JUNGES; BURILLE; TEDESCO, 2020).

Estudos apontam a implementação de linhas de cuidado como estratégia à fragmentação na gestão do cuidado da TB. A gestão/coordenação do programa e a APS são essenciais ao acompanhamento da doença, no entanto, uma não deve se sobrepor à outra. Na descentralização do controle da TB é necessário reconhecer e considerar a organização do acompanhamento, cabendo à gestão/coordenação do PMCT, aliado à vigilância, promover o controle, fomentando o cuidado singularizado, função precípua da APS (BARRÊTO *et al.*, 2012; JUNGES; BURILLE; TEDESCO, 2020).

Em vista disso, alia-se à Santana *et al.* (2020) na perspectiva de reforçar que a organização da rede de atenção à TB e a descentralização da assistência, devem ser ordenadoras da integralidade e longitudinalidade do cuidado ao usuário. Para tanto, é substancial o envolvimento da gestão, considerando suas atribuições com vistas a garantir que a RAS disponha de estrutura física adequada para suprir a demanda dos usuários, e os recursos humanos e materiais capazes de prestar atendimento de qualidade (SANTANA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, assevera-se a possibilidade que a TP seja afetada pela integração deficitária entre os gestores ou coordenadores dos programas de controle da TB e a equipe dos profissionais que operacionalizam a política. Fato que tende a comprometer desde a difusão de informações até o processo inovador e de alcance dos resultados pretendidos. O alcance das metas requer um processo de

planejamento e a corresponsabilização entre gestão, profissionais dos diferentes níveis governamentais, bem como da sociedade civil e academia (MONCAIO, 2014; PERUHYPE *et al.*, 2018).

Ainda, nesse aspecto organizacional e gerencial, cabe considerar que o diagnóstico da TB pode ser realizado tanto no setor público de saúde, quanto no privado. No entanto, após o diagnóstico é imperioso que haja comunicação entre os setores para a condução do tratamento, uma vez que cabe ao SUS o tratamento da doença, bem como à vigilância epidemiológica o acompanhamento e monitoramento dos indicadores (TOMBERG *et al.*, 2017). Para mais, sublinha-se que o fluxo de atendimento comumente é caracterizado pela transferência de responsabilidade para o setor público após a confirmação diagnóstica, sendo o atendimento, essencialmente, focado no diagnóstico clínico no setor privado (TOMBERG *et al.*, 2017).

Diante do exposto, os achados conduzem e estimulam o raciocínio acerca dos processos de comunicação durante a transferência de uma política. Como pode ser observado no modelo operacional de Bissell, Lee e Freeman (2011), a comunicação permeia as etapas de todo o processo, bem como compreende os atores e as redes envolvidas. Diante desse aspecto, merece consideração o que os resultados expõem a respeito da interação entre os profissionais da AB e do PMCT, quando é possível deduzir uma sutil dicotomia entre o que entendem os profissionais das equipes e os profissionais de referência dos PMCT, o que sugerem fragilidades no processo de comunicação entre esses dois pontos.

Por fim, associa-se à Peruhype *et al.* (2018) ao substanciar que a centralidade desse tema é ampliada ao considerar que os resultados de um programa podem ser reflexo da qualidade de sua execução, o que faz relação à forma como o programa foi difundido, transferido e divulgado entre seus atores. Além de que a sistematização, desorganização e desqualificação do processo de transferência podem resultar em profissionais desqualificados e metas inalcançáveis.

7.2 A TP DO TDO E DO CONTROLE DA TB: UMA LEITURA SOB AS LENTES DA EP EM SAÚDE

Inicialmente, considera-se o controle da TB e o TDO como políticas já implementadas, portanto, localiza-se o processo da TP em sua fase de manutenção

e expansão. No entanto, é oportuno relevar que não existe processo progressivo, e que a TP não acontece de modo linear, ao passo que as etapas podem permanecer ao longo do processo, e as atividades podem ser repetidas mais tarde, de modo cíclico, ou até perdidas (BISSELL; LEE; FREEMAN, 2011).

Como já mencionado em linhas de páginas anteriores, o sucesso na transferência de uma política, e a sua incorporação em um determinado cenário, demanda e pode ser influenciado por diversos fatores, dentre os quais, o modelo organizacional, as medidas adotadas para a comunicação e a disseminação das informações, bem como as motivações governamentais, que podem tornar uma política prioritária ou não (PERUHYPE *et al.*, 2018; SILVA, 2016).

Sob essa égide, assomado ao referencial da EPS, considera-se a informação na perspectiva de ser tornar conhecimento, aliado ao fator motivacional individual ou institucional, que, posteriormente, vem a ser convertido em inovações no ambiente de trabalho, na perspectiva da manutenção ou expansão do controle da TB e do TODO, enquanto políticas.

Também, o controle da TB requer a qualificação e a capacitação permanente dos profissionais envolvidos que atuam nos diferentes serviços que recebem e atendem os usuários no SS, para que seja garantido o diagnóstico oportuno da TB e a integralidade do cuidado. Dessa forma, o desafio consiste no investimento em ações de EP dos profissionais da APS, seja na fase que antecede a implantação de uma proposta, ou durante o curso de suas atividades (PONCE *et al.*, 2013; SHUHAMA *et al.*, 2017).

Os desfechos encontrados nesta pesquisa se aproximam ao referido em outros estudos, ao memorar que as práticas de ensino-aprendizagem no âmbito do trabalho foram ampliadas nos últimos anos; no entanto, podem verificar as ações pontuais e de natureza informativa, com limitada possibilidade de imprimir mudanças, ou resultar em alguma inovação nos cenários de práticas (PINTO *et al.*, 2014; SHUHAMA *et al.*, 2017).

Essas ações são caracterizadas por um modelo formativo baseado em intervenções esporádicas, realizadas de modo fragmentado, sendo a educação profissional restrita à oferta de capacitações e treinamentos, estabelecida no ensino tradicional, quando ocorre a transmissão de informações, tem um objetivo restrito à atualização conceitual, geralmente embasada em protocolos, recomendações e

diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e órgãos de referência (FERREIRA *et al.*, 2019; MISHIMA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, embora sejam referidas as ações focais, como a realização de simpósios e eventos de capacitação nos cenários estudados, é pertinente sobrelevar a manifestação nos discursos dos participantes sobre a ineficácia ou ineficiência de tais ações, quando eles sinalizam que não é verificada a transformação de informação em conhecimento de modo eficaz após a realização das capacitações. Santos *et al.* (2014) corroboraram ao argumento quando se utilizaram de Ribeiro e Motta (1996) ao citar que a oferta por meio de cursos, congressos e atividades dessa natureza caracterizou o processo de EP, ao mesmo tempo que os autores questionaram se o aumento de atualização de conhecimento é suficiente à transformação das práticas institucionais. Além disso, os autores enfatizam a indagação ao inquirir se o domínio de informações garante a aplicação e otimização das responsabilidades dos profissionais.

Ceccim (2005a), Gigante e Campos (2016) validaram essa reflexão ao apontar que tais programas e ações programáticas são desenvolvidas consonante às políticas específicas, e cada ação propõe uma linha de capacitação e treinamento que aconselham ou estabelecem uma melhor prática de saúde. No entanto, sinalizaram-se que essas capacitações já não se demonstraram eficazes na inserção de novos conceitos ou princípios ao cotidiano, posto que trabalhavam de maneira descontextualizada e se preocupavam, essencialmente, à transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005a). Embora tenha ocorrido a atualização conceitual e política sobre a EPS, aliada ao aprimoramento de referenciais teóricos e metodológicos sobre as práticas educativas, ocorre na existência uma mistura de diferentes práticas de formação ao longo da vida.

Diante disso, é pertinente e oportuno considerar algumas diferenciações sobre esses termos constantemente utilizados, quando se refere à formação em serviço, e à EP. Mesmo que as expressões configuram ações de formação associada à dimensão temporal da formação durante a vida profissional, existem preceitos metodológicos diferentes entre eles (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Em 1978 a OMS já considerava a EC como um processo de complementação da formação básica, com objetivo de capacitação de pessoas e grupos, diante das necessidades de atualização técnico-científica. A *American Nurse Association* (1992), afirmou que a EC colabora com o desenvolvimento de pessoas, quando orienta as

ações de educação em serviço com o objetivo de desenvolver o sujeito, como profissional e como pessoa (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Todavia, a EC está ordenada na compreensão da educação como transmissão de informações e conhecimento, é pontual, e não necessariamente está articulada à gestão e ao controle social. Tem enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico (PEDUZZI *et al.*, 2009). Nesse modelo, o trabalho é assimilado à aplicação de conhecimentos teóricos e especializados, sendo possível sustentar que essas ações, não necessariamente, convergem em mudanças no serviço, ou seja, a atualização é útil e necessária, contudo, não imperiosamente transforma as práticas (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Já na perspectiva da EPS, as necessidades de conhecimento são geradas no processo de trabalho. Vale destacar que nessa concepção, o trabalho não se caracteriza pela aplicação do conhecimento puramente, mas considera seu contexto social e organizacional. Diante disso, a EPS se diferencia das demandas individuais por treinamentos ou capacitações (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Por conseguinte, no âmbito da EPS uma nova informação gera inquietação, e é questionada pela forma como é trabalhada, e esse movimento impede que os profissionais sejam como antes. Logo, a EPS se caracteriza pela preocupação de transformação e gerar mudanças nas práticas de trabalho e pela indução de atitudes propositivas dos profissionais (CECCIM; FERLA, 2008; FERREIRA *et al.*, 2019). Por isso, a EPS está ancorada aos princípios da aprendizagem significativa, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, voltada à equipe multiprofissional, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Dessa forma, ratifica-se que conceitualmente ocorrem diferenças entre a EC e a EPS, sendo a primeira mais reducionista. No entanto, a EPS pode se utilizar da EC e da educação em serviço, sendo possível em um contexto mais amplo serem entendidas como sinônimos, na perspectiva da aprendizagem ao longo da vida (LEMOS, 2016). Ainda, consolidando esse ponto de vista, alia-se à Ceccim (2005a):

A EPS pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à EC, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de

Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005a, p.162).

Ao considerar que os profissionais de saúde devem ser continuamente sensibilizados sobre as estratégias e os elementos do controle da TB, e que isso requer constantes atualizações, treinamentos e capacitações, com o objetivo de desenvolvimento e eficácia; e que a introdução de novos conceitos ou atualizações requer a adequação de papéis e mudanças na organização e nos processos de trabalho (SHUHAMA *et al.*, 2017), a EC pode ser naturalmente compreendida como objeto da EPS.

Isso é sustentado ao considerar a problematização como elemento central de EPS. Como exemplo, apropria-se da experiência verificada no estudo de Campoi *et al.* (2019), quando as autoras utilizaram o referencial do Arco de Maguerez (PRADO *et al.*, 2012) no desenvolvimento de ação educativa. A metodologia é estruturada em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (CAMPOI *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2012).

Nessa concepção, a EPS parte de um problema vivenciado e sustentado pela observação da realidade; a definição de pontos-chaves é oportunizada por meio do levantamento de hipóteses, que pode considerar as causas, as consequências e as propostas de solução para o problema; a teorização, situação em que é possível se utilizar de diferentes ferramentas, a exemplo do que fora explorado pelas autoras, como aulas expositivas-dialogadas, dispersão com o aporte de ambiente virtual de aprendizagem, estudos individuais para as buscas de respostas; em seguida, como próxima etapa do Arco, tem-se as hipóteses de solução, que consistem na apresentação dos participantes sobre as possíveis maneiras de solucionar o problema, subsidiadas na vivência dos profissionais, e evidências científicas; em seguida, acontece a aplicação na realidade, com a realização de avaliação em médio prazo após a intervenção educativa (CAMPOI *et al.*, 2019). Assim, a partir dos resultados verificados, é possível que esse ciclo se repita, o que sugere que a EPS seja um processo.

Frente ao exposto, subsidiada pelos referenciais da TP firmados no modelo operacional de Bissell, Lee e Freeman (2011), e no ensino problematizador, componente elementar da EPS, reconhece-se e reitera-se as possibilidades da EC

como ferramenta que pode contribuir no processo de EPS, ao oferecer treinamentos e capacitações necessárias à atualização de informações e otimização do conhecimento.

Além disso, quando considerado o processo de aprendizagem de adultos e no ambiente de trabalho, é elementar salientar as conjecturas da aprendizagem significativa, com vistas à contribuição e progressos à micropolítica do trabalho vivo em ato. À vista disso, é cabível considerar que todo o lugar em que se produzem práticas de saúde atua sob um campo de subjetivação, implicados a certos sentidos para aquelas práticas (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Associada aos autores acima, parte-se do pressuposto de que somente pela realidade local e singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano (MERHY; FEUERWERKER, 2014). Por isso a incorporação de referenciais pedagógicos compatíveis com metodologias ativas de ensino-aprendizagem tem potencial persuasivo ao desenvolvimento do perfil de competências necessárias à resolução de problemas e atuação de forma crítica, coletiva e corresponsável (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Diante disso, e como revelado pelos resultados apresentados, a informação, a atualização e a transformação do conhecimento, assimilados por meio da aprendizagem significativa, não são suficientes para que o TDO seja efetivado e nem o controle da TB alcançado, se não houver o aprimoramento de habilidades e atitudes, para que as ações se concretizem em resultados positivos e o alcance do sucesso da política. Assim, é importante que os profissionais inovem suas práticas, indo além da replicação de normas institucionais, propondo mudanças que considerem suas experiências profissionais e necessidades locais, exigindo adaptações na política transferida (PERUHYPE *et al.*, 2018).

Além disso, evidencia-se pelos achados os diferentes meios que os participantes sinalizam as possibilidades de EP, merecendo destaque o termo “estar junto” como estratégia para a efetivação dos processos. Assim, Merhy e Feuerwerker (2014) sustentaram essa concepção pela atuação das rodas dentro de uma unidade:

Mas dentro das unidades de saúde também há rodas operando. A roda que os trabalhadores e a gestão podem instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo os aparelhos da unidade de saúde. Reúnem-se, fazem ofertas um para o outro, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como coletivo, mas para que cada um possa atuar

do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e em ação. Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para organizar atos de saúde. (MERHY; FEUERWERKER, 2014, p.19).

Frente ao exposto, considera-se que sempre são possíveis espaços de aprendizagem na redefinição do cotidiano, na produção de arranjos e acordos. Esse caminho possibilita dois sentidos, de um lado a gestão aponta suas necessidades, por outro, a equipe também insere suas pautas e demandas, e assim o diálogo e a construção acontece, permeados por esses encontros e desencontros (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Por fim, a EPS assume papel estratégico na gestão da TP quando é posta enquanto objeto de reflexão participativa dos trabalhadores. Porém, esse espaço também é atravessado por disputas de poder, lógicas corporativas, limitada governabilidade no enfrentamento de problemas, por isso a análise deve ser uma ação coletiva e institucional, na qual todos devem se apropriar em situação (MERHY; FEUERWERKER, 2014). Assim, nessas linhas se reconhece o propósito dos autores ao tomar a formulação da EPS como estratégia educativa, como um dos pontos de partida e reconhecendo a micropolítica do trabalho em saúde, ao passo de adotar a EPS enquanto ferramenta de gestão (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

8 CONCLUSÕES

Inicialmente, ressalta-se sobre a formação e atuação profissional da autora para ponderar sobre as contribuições e as implicações deste estudo, para a pesquisa e a prática de Enfermagem. Assim, esta tese avigora a pesquisa em Enfermagem quando considera os preceitos teóricos e metodológicos da AD. Ademais, o modelo de estudo proposto a partir dessa experiência sinaliza e reitera as conveniências da adoção de uma abordagem de métodos mistos do tipo paralelo convergente, ao proporcionar aprofundamento ao objeto de estudo.

Nos campos de práticas, este estudo renova seus subsídios, ao apontar considerações sobre o papel e o protagonismo do enfermeiro na gestão do cuidado, no acompanhamento do TDO, bem como no controle da TB. Para além disso, reitera-se nessas linhas o considerável e notável envolvimento dos enfermeiros em ações para a efetivação do processo de TP do TDO, seja no âmbito operacional ou em instâncias gerenciais, ocupando funções de referência no planejamento e na tomada de decisão em políticas públicas.

Ainda, ao considerar os referenciais da EPS, destacam-se as possibilidades à utilização dessa ferramenta para a efetivação e busca do sucesso da TP do TDO no controle da TB. Nesse sentido, cabe reforçar o papel educativo e de liderança que o enfermeiro assume na condução dessas ações, favorecido pelo vínculo e por aspectos relacionados à formação básica que considera ações de gestão em saúde.

Além disso, este estudo consolida o entendimento que, para analisar os resultados de implementação de uma política, é substancial considerar o processo de sua transferência, bem como os fatores que favorecem ao seu sucesso ou às suas fragilidades. Dessa forma, no âmbito do controle da TB, especificamente à política do TDO, a utilização do instrumento ATP-IINFOC-TB reforça essa possibilidade de investigação, como ferramenta que subsidia a exploração das condições relacionadas.

A Análise de Discurso, considerando o que fora expressado pelos coordenadores e profissionais de referência dos PMCT, trouxe subsídios ao entendimento do processo discursivo, considerando o papel e a inserção social desses enunciadores. Tal referencial metodológico contribuiu para considerar e analisar as possibilidades e potencialidades para além da superfície linguística, do falado.

Logo, a abordagem de métodos mistos reforça o valor, sustentada pelas necessidades de complementação, de exploração para além dos dados estatísticos, e recursos para a análise dos elementos qualitativos. Para o objeto deste estudo, a convergência dos dados oportunizou a leitura e a reflexão a partir do entendimento de diferentes atores importantes na manutenção e expansão do TDO e o controle da TB, fornecendo contribuições e até possibilidades de referência aos estudos futuros.

Este estudo corrobora e oferece aporte para o reconhecimento do protagonismo da APS na gestão do cuidado e controle da TB, mesmo que o TDO ainda não seja considerado pelos profissionais da APS como uma rotina simples, o que oferece sustentação à importância do diálogo, da interação e da referência que deve ser assumida pelo PMCT enquanto orientador desse processo.

Merece destaque também a necessidade do apoio da gestão para efetivação desse processo, com vistas à garantia de subsídios para a assistência de qualidade, e integralidade do cuidado ao usuário.

Ao considerar a TP do controle da TB como um processo cíclico, em sua fase de manutenção e expansão, a EPS se confirma como instrumento e ferramenta para sua efetivação. Nesse ínterim, a EPS é manifestada na difusão da informação, na transformação da informação em conhecimento, e no aprimoramento de habilidades e atitudes para as ações do controle da TB, sendo possível concluir que o instrumento ATP-IINFOC-TB foi adequado para analisar a TP do TDO segundo as variáveis da EPS.

Este estudo sustenta que as equipes de saúde reconhecem as ações de EC sobre o TDO, com impactos no reconhecimento da importância e adoção de diretrizes para realização do tratamento, embora as capacitações ocorram com pouca frequência e sem treinamento de profissionais recém-contratados. Contudo, os coordenadores e profissionais de referência do PMCT entendem que tais ações se configuram pouco efetivas, defendendo que a EPS deve considerar ações descentralizadas, e que levem em conta o cotidiano das equipes. Por isso, a partir dos instrumentos utilizados e pela metodologia aplicada é possível concluir que a EP, manifestada no método da roda, ainda é uma prática mais presente em discursos em níveis táticos e de gestão, sendo pouco reconhecida em nível operacional, pelas equipes assistenciais na APS.

Diante disso, este estudo reconhece que a EPS pode se utilizar da EC e da Educação em Serviço para a atualização do conhecimento, por meio de ações

pontuais e informativas, em como, acontece no dia a dia, sustentada na micropolítica do trabalho vivo, pela interação, na roda, na troca de experiências, no diálogo, na construção conjunta, e na corresponsabilização. Por esse motivo, a produção de sentidos é oportunizada pela problematização, por meio do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que contribuam para a efetivação do significado, que seja refletivo em ações e melhorias na atenção ao usuário, bem como no alcance de metas e resultados efetivos.

A aplicação em formato eletrônico favoreceu a potencialidade de disponibilização, contato e a organização dos dados. Contudo, ocasionou algumas barreiras de comunicação, não suprimidas pelas potencialidades do contato presencial, do diálogo, na apresentação, predispondo às perdas na constituição da amostra participante.

Como manifestado anteriormente, não se esgotam nestas páginas as possibilidades de análise da EPS enquanto instrumento de TP, pelo contrário, pretende-se, diante dessas possibilidades e potencialidades fomentar a busca e a construção de novos conhecimentos e evidências sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. Lisboa: Editorial Presença, 1974.

ALVES, L. B.; BELDERRAIN, M. C. N.; SCARPEL, R. A. **Tratamento multivariado de dados por análise de correspondência e análise de agrupamentos**. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E PÓS-GRADUAÇÃO DO ITA, 13., 2007, São José dos Campos. **Anais [...]**. São José dos Campos: ITA, 2007. Disponível em: <http://www.bibl.ita.br/xiiiencita/MEC17.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021.

AMERICAN NURSE ASSOCIATION. Roles and responsibilities for continuing education and staff development across all settings. Council on continuing education of staff development. **American Nurses Association Publications**, Kansas City, v. COE-16 10 M, n. 3, p. 1-14. jun. 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1616077/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ANDRADE, H. S. *et al.* Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Spe, p. 242-258, mar. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S18

ARNEMANN, C. T. **Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional**: estudo apreciativo crítico. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/171034>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BALLESTERO, J. G. A. *et al.* Estratégias de controle e atenção à tuberculose multirresistente: uma revisão da literatura. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 43, e202019, fev. 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.20.

BARBOSA, R. J. **Apostila de Treinamento**. V 5.0. Buffalo: ATLAS.ti, 2006. Disponível em: http://www2.unicentro.br/lmqqa/files/2016/05/docslide.com.br_apostila-atlasti-50.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

BARRÊTO, A. J. R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, jul. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700027

BARRETO, M. L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60202-X

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia**: um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BENNETT, C. Review article: what is policy convergence and what causes it? **British Journal of Political Science**, London, v. 21, n. 2, p. 215-233, apr. 1991. DOI: 10.1017/S0007123400006116

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. DOI: 10.5433/1679-0383.2011v32n1p25

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, sep. 2011. DOI: 10.5588/ijtld.11.0170

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p 401-412, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000300002

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. New York: Open University Press, 2006. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 3. ed. Campinas: UNICAMP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2003**. Aplica 'os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)' como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose**: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025 (versão preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/15/final_plano-nacional-pelo-fim-da-tb_2021-2025.pdf.

Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Acesso em: 21 set. 2021.

BRYMAN, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?

Qualitative Research, Cardiff, v. 6, n. 1, p. 97-113, feb. 2006. DOI:

10.1177%2F1468794106058877

CAMPOI, A. L. M. *et al.* Permanent education for good practices in the prevention of pressure injury: almost-experiment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1646-1652, nov./dec. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0778

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARNEIRO, V. C. V. A análise do discurso como instrumento de pesquisa para os estudos em sustentabilidade. Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 3, 2011, João Pessoa. **Anais**. João Pessoa: AnPAD, 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005a. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 56-65, dez. 2005b. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400020

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. DOI: 10.1590/S1414-32832011000200021

CERNY, P. G.; EVANS, M. Globalisation and public policy under New Labour. **Policy Studies**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 84-107, mar. 2004. DOI: 10.1080/01442870420002081242

CHALHUB, S. **Funções da linguagem**. São Paulo: Ática, 1993.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. Abingdon: Routledge, 1988.

COMMON, R. Organisational learning in a political environment: improving policy-making in UK Government. **Policy Studies**, London, v. 25, n. 1, p. 72-97, 2004. DOI: 10.1080/0144287042000208224

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

COURTINE, J. J. Le tissu de la mémoire: quelques perspectives de travail historique dans la sciences du langage. **Langages**, Paris, n. 114, p. 5-12, jun. 1994. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1994_num_28_114_1673# Acesso em: 02 fev. 2019.

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

CRISPIM, J. A. *et al.* Agente comunitário de saúde no controle da tuberculose na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, maio 2012. DOI: 10.1590/S0103-21002012005000021

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

DELL, R. B.; HOLLERAN, S.; RAMAKRISHNAN, R. Sample size determination. **ILAR Journal**, Washington, v. 43, n. 4, p. 207-213, oct. 2002. DOI: 10.1093/ilar.43.4.207

DOLOWITZ, D. P. A Policy maker's: guide to policy transfer. **The Political Quarterly**, London, v. 74, n. 1, p. 101-108, jan. 2003. DOI: 10.1111/1467-923X.t01-1-00517.

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

DOLOWITZ, D.; MARSH, D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, Hoboken, v. 13, n. 1, p. 5-23, dec. 2000. DOI: 10.1111/0952-1895.00121

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. **Political Studies**, Sheffield, v. 44, n. 2, p. 343-357, jun. 1996. DOI: 10.1111/1467-9248.1996.tb00334.x

DORNELAS, C. C.; ASSOLINI, F. E. P. A discursivização do feminino e suas relações com a docência: memória e atravessamentos discursivos. **Entremeios: Revista de Estudos do Discurso**, Pouso Alegre, v. 12, n. 12, p. 45-64, mar. 2016. DOI: 10.20337/ISSN21793514revistaENTREMEIOSvol12pagina45a64

EVANS, M. At the interface between theory and practice - policy transfer and lesson-drawing. **Public Administration**, Warsaw, v. 84, n. 2, p. 479-489, may 2006. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2006.00013.x

EVANS, M. New Directions in the study of policy transfer. **Policy Studies**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 237-241, 2009. DOI: 10.1080/01442870902863810

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, Warsaw, v. 77, n. 2, p. 361-385, 1999. DOI: 10.1111/1467-9299.00158

FARIA, J. I. L. **Inserção de enfermeiros recém-graduados, admitidos em área hospitalar: um programa de educação conscientizadora**. 1997. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997. Disponível em: <https://www.escavador.com/sobre/658990/josimerci-ittavo-lamana-faria> Acesso em: 02 fev. 2019.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014. DOI: 10.18471/rbe.v28i2.8366

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, L. *et al.* Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde**: apoio Paidéia e formação. 2012. 341f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_2f1866b3d59028d3c19fabb1dd22b4ca. Acesso em: 02 fev. 2019.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FRANÇA, T. *et al.* A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Atas CIAIQ 2016 - Investigação Qualitativa em Saúde**, Aveiro, v. 2, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/738>. Acesso em: 15 out. 2021.

FREIRE, S. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. 2. ed. Manaus: EDUA, 2021.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**: o esquecimento da educação e a educação Permanente. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. Política de formación y educación permanente en salud en brasil: bases legales y referencias teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, sep./dec. 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00124

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, mar. 2006. DOI: 10.1590/S0080-62342006000100015

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-626, out./dez. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-452541>. Acesso em: 02 fev. 2019.

GREENER, I. Social learning and macroeconomic policy in Britain. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 21, n. 2, p. 133-152, jan. 2002. DOI: 10.1017/S0143814X01001076

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. L. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPAS, 1994.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, London, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, nov. 2003. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219

HAIR JUNIOR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAIR JUNIOR, J. F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HORMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Coordination of care: issues, objectives and practice. In: HORMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved health system performance through better care coordination. **OECD Health Working Papers**, Paris, v. 30, p. 15-25, dec. 2007. DOI: 10.1787/246446201766

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

INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L. **Michel Pêcheux e a Análise do Discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: ClaraLuz, 2005.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 473-486, mar. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00128513

JAKOBSON, R. Os aspectos linguísticos da tradução. 20. ed. In: _____. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1995.

JUNGES, J. R.; BURILLE, A.; TEDESCO, J. Tratamento diretamente observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190160, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190160.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922. mar. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015213.08182015

LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde**. Anos 1980-1990. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciência da Saúde**,

Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484725>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1549-1560, maio/ago. 2017. DOI: 10.15649/cuidarte.v8i2.406

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, ago. 2014. DOI: 10.1590/S1981-77462014000200010

MAINGUENEAU, D. **Discurso e análise de discurso**. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

MAINGUENEAU, D. **Pragmatique pour le discours littéraire**. Paris: Bordas, 1990.

MAJONE, G. Cross-national sources of regulatory policy-making in Europe and the United States. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 11, n. 1, p. 79-106, jan./mar. 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4007339> Acesso em: 20 set. 2018.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, out. 2004. DOI: 10.1590/S0034-71672004000500018

MARQUIEVIZ, J. *et al.* A estratégia de saúde da família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, jan. 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000100027

MARTÍNEZ, D. H.; NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Factores que influyen em La coordinación entre niveles asistenciales según La opinión de directivos y profesional ES sanitarios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 23, n. 4, p. 280-286, ago. 2009. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112009000400005. Acesso em: 20 set. 2018.

MEDEIROS, L. V. A. **Análise do discurso**. Porto Alegre: SAGAH, 2016.

MEDEIROS, N. M. H. **Educação permanente em saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores**. São Paulo: Editora Unifesp, 2015.

MELLO, A. L. *et al.* Organizational strategy for the development of nurses' competences: possibilities of Continuing Education in Health. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170192, jan. 2018 DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0192

MENDES, E. V. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2009.

MENDES, E. V. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Educação permanente em Saúde**: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. **Informar e educar em saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Remedios de Escalada, v. 2, n. 2, p. 147-160, mayo/ago. 2006. DOI: 10.18294/sc.2006.62

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. **Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES, 2011b. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Decreto%2045.812_2011%20-%20dispoe%20sobre%20a%20organizacao%20da%20SES.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES, 2011a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano estadual pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública em Minas Gerais 2019 - 2022**. Coordenação do programa estadual de controle da tuberculose/SES-MG. Belo Horizonte: SES, 2019a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/jane_fev_mar/PLANO_ESTADUAL_PELO_FIM_DA_TUBERCULOSE_COMO_PROBLEMA_DE_SA%C3%9ADE_P%C3%9ABLICA_EM_MG.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **GRS Ituiutaba**. Belo Horizonte: SES, 2019c. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/200-grs-ituiutaba-sesmg>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **SRS Uberaba**. Belo Horizonte: SES, 2019d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/200-grs-ituiutaba-sesmg>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **SRS Uberlândia**. Belo Horizonte: SES, 2019b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/223-srs-uberlandia-sesmg>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS)**. Belo Horizonte: SES, 2013. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude-e-gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MISHIMA, S. M. *et al.* Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 665-673, jul./ago. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400018

MITANO, F. *et al.* Right to health: (in) congruence between the legal framework and the health system. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2679, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0995.2679

MONCAIO, A. C. S. **Práticas discursivas dos gestores sobre a transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose – Manaus (AM)**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2015. DOI: 10.11606/T.22.2015.tde-31032015-140319

NARZETTI, C. As linhas de análise do discurso na França nos anos 60-70. **RevLet – Revista Virtual de Letras**, Jataí, v. 2, n. 2, p. 51-70, fev. 2010. Disponível em: <http://www.revlet.com.br/artigos/52.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B. Discourses that form knowledge: an analysis of the theoretical and methodological conceptions that guide the educational material for the training of facilitators of Continuing Education in Health. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 985-996, dec. 2011. DOI: 10.1590/S1414-32832011005000033

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, dez. 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000400012

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETTE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, nov./dez. 2006. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012. Acesso em: 15 mar. 2019.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03733, jan. 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020018903733

OLIVEIRA, J. L. C. Integração de dados em pesquisas de métodos mistos: desafio e oportunidade para a enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20200203, ago. 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0003

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas**. Fascículo I: Propuesta de reorientación, fundamentos. Washington: OPAS, 1988. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39801/1740.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

ORLANDI, E. P. **A análise do discurso**: algumas observações. São Paulo: EDUC, 1986.

PAGE, E. C. Future governance and the literature on policy transfer and lesson drawing. **ESRC**, London, p. 1-15, jan. 2000. Disponível em: <https://personal.lse.ac.uk/pagee/papers/edpagepaper1.pdf> Acesso em: 15 mar. 2019.

PÊCHEUX, M. **Les Vérites de la Palice**. Paris: François Maspero, 1975.

PÊCHEUX, M. **O Discurso**: estrutura ou acontecimento. São Paulo: Pontes, 1997.

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

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, sep. 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000300011

PERUHYPE, R. C. *et al.* Transferência de política: perspectiva do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e1710017, ago. 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180001710017

PETERS, B. G. Policy transfers between governments: the case of administrative reforms. **West European Politics**, London, v. 20, n. 4, p. 71-88, 1997. DOI: 10.1080/01402389708425218

PINTO, H. A. *et al.* Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 51, p. 145-160, out. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-771505>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, abr. 2009. DOI: 10.1590/S0034-71672009000200020

PONCE, M. A. S. *et al.* Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, may 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000500012

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012. DOI: 10.1590/S1414-81452012000100023.

PREFEITURA DE UBERABA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Uberaba: SMS, 2017.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021: mais com menos e melhor: este é o desafio**. Uberlândia: SMS, 2018.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. **Vigilância Sanitária**. Uberlândia: SMS, 2020.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973.

PROPP, V. **Morfologia do Conto Maravilhoso**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1984.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación Permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. L. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPAS, 1994.

RAMOS, M. N. Ministério da Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 12, p. 39-44, jul. 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=223281&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 mar. 2019.

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

ROSE, R. **Learning from comparative public policy: a practical guide**. London: Routledge, 2005.

ROSE, R. **Lesson drawing in public policy: a guide to learning across time and space**. Chatham, NJ: Chatham House, 1993.

SANTANA, S. *et al.* Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2020. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.2582.p1-5.202

SANTOS, M. L. R. *et al.* **Tecnologias de EAD na perspectiva da EPS: apontamentos acerca de possíveis aproximações**. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. **Informar e educar em saúde: análises e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2014.

SANTOS, M. L. S. *et al.* A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-69, mar. 2010. DOI: 10.1590/S0104-07072010000100007

SANTOS, M. L. S. G. *et al.* DOTS: a organização das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009.

SARGENTI, V. M. O. A construção da Análise do Discurso: percurso histórico. **Revista Brasileira de Letras**, v. 1, n. 1, p. 39-44, 1999.

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. 19. ed. São Paulo: Cultrix, 1994.

SHUHAMA, B. V. *et al.* Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03275, dec. 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016050703275

SICSÚ, A. N. **Transferência da política do tratamento diretamente observado na atenção primária à saúde em municípios prioritários para tuberculose no Amazonas: um estudo de métodos mistos**. 2017. 189f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. DOI:10.11606/T.22.2017.tde-17082017-131641.

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

Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. DOI: 10.11606/T.22.2016.tde-05052016-211603

SILVA, L. M. C. *et al.* Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 38, n. 2, p. 129-135, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v38n2/129-135/pt/>. Acesso em: 15 mar. 2019.

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, out. 2011. DOI: 10.1590/S0034-71672011000500022

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Brasília/Campinas: CNSMS/IDSA, 2008. p. 69-85.

SOUZA, J. S.; STEIN, A. T. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. Suppl.2, p. 2225-2238, dez. 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900027

SOUZA, K. M. J. *et al.* Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 870-878, oct. 2014. DOI: 10.1590/S0080-62342014000500014.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. 2. ed. Manaus: Censur, 2014.

SOUZA, S. A. F. **Conhecendo a análise do discurso: linguagem, sociedade e ideologia**. Manaus: Valer, 2006.

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**, London, v. 19, n. 1, p. 51-59, 1999. DOI: 10.1111/1467-9256.00086

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. DOI: 10.1080/13501760410001694291

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 34-42, jan. 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

TOMBERG, J. O. *et al.* Setores público e privado: características sociodemográficas das pessoas com tuberculose e ações de diagnóstico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e22155, ago. 2017. DOI: 10.12957/reuerj.2017.22155

VIEIRA, M. *et al.* **Análise da política nacional de educação permanente em saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, Relatório Final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

VILLA, T. C. S. *et al.* Experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.

WOLMAN, H. Understanding cross national policy transfers: the case of Britain and the US. **Governance**, Hoboken, v. 5, n. 1, p. 27-45, jan. 1992. DOI: 10.1111/j.1468-0491.1992.tb00027.x

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 161-175, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700010014

YAMAMURA, M. *et al.* Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para a produção do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2 p. 60-66, jun. 2014. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.02.42741

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista



Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose



Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

Entrevista com Profissionais de referência e Coordenadores

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

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

- 1) Qual a sua experiência no controle da Tuberculose?
 - a. Você tem alguma experiência com o TDO?
- 2) Comente as estratégias utilizadas para fortalecer o TDO e o controle da Tuberculose.
- 3) Como o TDO é discutido na sua equipe/com as equipes?
- 4) Qual a sua experiência com ações de EP?
 - a. Você tem experiência com ações educativas para o TDO?
- 5) Fale sobre suas impressões sobre a EP e o TDO?
- 6) Comente sobre as fragilidades do TDO e controle da tuberculose.
- 7) Comente sobre as potencialidades do TDO e controle da tuberculose.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coordenadores e Profissionais de Referência)

Prezado(a) senhor(a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro”, e solicitar a sua participação na realização deste estudo. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, a coleta de dados está sob a responsabilidade da aluna de doutorado Rosana Huppel Engel, orientada pelo professor Dr. Pedro Fredemir Palha.

Dessa forma, convidamos o (a) Senhor (a) a participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais. Para esta etapa, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o(a) senhor(a). Nesse encontro, o(a) senhor(a) responderá às questões que abordam os aspectos relacionados à transferência do TDO e às ações de Educação Permanente no seu município, sendo que a entrevista será audiografada e terá duração prevista de 45 minutos. Podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Ressalto que o entrevistador está treinado para a aplicação da entrevista, e apto a esclarecer qualquer dúvida que o senhor(a) possa ter no decorrer da entrevista. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade, e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se você não quiser responder a alguma questão, 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 nenhum custo ou remuneração vinculado à mesma. O(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém, se o mesmo ocorrer poderemos parar nossa conversa e continuar ou não, depois, se assim quiser. O senhor(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Destacamos, ainda, que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas, que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do TDO e com isso contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

Se o(a) 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 pelo coordenador da pesquisa e pelo responsável pela coleta de dados. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou telefone presente no final da folha.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias à 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, com isso ao final da folha seguem os dados para o contato com o mesmo caso o senhor(a) tenha necessidade.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade. Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos relacionados anteriormente, concordo em participar desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto às questões sobre a transferência do TDO. Recebi uma via deste documento, assinada pelo coordenador da pesquisa e pelo entrevistador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Entrevistado

Responsável pela coleta de dados

Rosana Huppel Engel
Pesquisadora

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador da Pesquisa

_____, ____ de _____ de 20____.

Atenciosamente,
Rosana Huppel Engel
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

CONTATO

Em caso de dúvida sobre as suas garantias como participante desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones (16) 3315-9197, Fax (16) 3315-0518, E-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902.

Contato dos pesquisadores: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, das 09 às 17 horas, no telefone (16) 3315-3949, E-mails: rosana.engel@usp.br/palha@eerp.usp.br.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Prezado(a) senhor(a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro”, e solicitar a sua participação na realização deste estudo. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, a coleta de dados está sob a responsabilidade da aluna de doutorado Rosana Huppel Engel, orientada pelo professor Dr. Pedro Fredemir Palha.

Dessa forma, convidamos o (a) Senhor (a) a participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais. Sua participação consistirá em responder a um questionário autoaplicável, a ser realizado no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio), e, de acordo com seu tempo disponível. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade, e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se você não quiser responder a alguma questão, 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 nenhum custo ou remuneração vinculado à mesma. O(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional. O senhor(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do TODO, e com isso contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

Se o(a) 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 pelo coordenador da pesquisa e pelo responsável pela coleta de dados. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone presente no final da folha.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias à 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, com isso ao final da folha seguem os dados para o contato com o mesmo caso o senhor(a) tenha necessidade.

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

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos relacionados anteriormente, concordo em participar desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto às questões sobre a transferência do TDO. Recebi uma via deste documento, assinada pelo coordenador da pesquisa, e tive a oportunidade de discuti-lo com ele.

Entrevistado

Responsável pela coleta de dados

Rosana Huppel Engel
Pesquisadora

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador da Pesquisa

_____, ____ de _____ de 20____.

Atenciosamente,
Rosana Huppel Engel
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

CONTATO

Em caso de dúvida sobre as suas garantias como participante desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones (16) 3315-9197, Fax (16) 3315-0518, E-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902.

Contato dos pesquisadores: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, das 09 às 17 horas, no telefone (16) 3315-3949, E-mails: rosana.engel@usp.br/palha@eerp.usp.br.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Coordenadores e Profissionais de Referência)

Prezado(a) senhor(a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro”, e solicitar a sua participação na realização deste estudo. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, a coleta de dados está sob a responsabilidade da aluna de doutorado Rosana Huppel Engel, orientada pelo professor Dr. Pedro Fredemir Palha.

Dessa forma, convidamos o (a) Senhor (a) a participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais. Para esta etapa, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o(a) senhor(a). Neste encontro, o(a) senhor(a) responderá às questões que abordam os aspectos relacionados à transferência do TDO e às ações de Educação Permanente no seu município, sendo que a entrevista será audiografada e terá duração prevista de 45 minutos. Podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Ressalto que o entrevistador está treinado para a aplicação da entrevista, e apto para esclarecer qualquer dúvida que o senhor(a) possa ter no decorrer da entrevista. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade, e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se você não quiser responder a alguma questão, 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 nenhum custo ou remuneração vinculado à mesma. O(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém, se o mesmo ocorrer poderemos parar nossa conversa e continuar ou não, depois, se assim quiser. O senhor(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Destacamos, ainda, que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do TDO e com isso contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

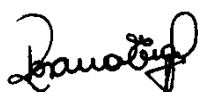
Se o(a) senhor(a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo assinada pelo coordenador da pesquisa e pelo responsável pela coleta de dados. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone presente no final da folha.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias à 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, com isso ao final da folha seguem os dados para o contato com o mesmo caso o senhor(a) tenha necessidade.

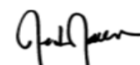
Esse TCLE está disponível em duas vias, uma em PDF (anexo em seu e-mail), assinada pelos pesquisadores responsáveis e outra em formulário “Documentos Google”, o qual o(a) Sr(a) após aceitar participar, deverá clicar em “aceito participar da pesquisa”. A via do formulário “Documentos Google” será arquivada.

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

Tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos relacionados anteriormente, concordo em participar desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto às questões sobre a transferência do TDO. Recebi uma via deste documento, assinada pelo coordenador da pesquisa e pelo entrevistador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.



Rosana Huppel Engel
Pesquisadora



Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador da Pesquisa

Ribeirão Preto, 07 de maio de 2020.
Atenciosamente,

Rosana Huppel Engel
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

CONTATO

Em caso de dúvida sobre as suas garantias como participante desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones (16) 3315-9197, Fax (16) 3315-0518, E-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902.

Contato dos pesquisadores: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, das 09 às 17 horas, no telefone (16) 3315-3949, E-mails: rosana.engel@usp.br/palha@eerp.usp.br.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Prezado(a) senhor(a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro”, e solicitar a sua participação na realização deste estudo. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, a coleta de dados está sob a responsabilidade da aluna de doutorado Rosana Huppel Engel, orientada pelo professor Dr. Pedro Fredemir Palha.

Dessa forma, convidamos o (a) Senhor (a) a participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais. Sua participação consistirá em responder a um questionário autoaplicável, a ser realizado no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio), e, de acordo com seu tempo disponível. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade, e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e, se você não quiser responder a alguma questão, 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 nenhum custo ou remuneração vinculado à mesma. O(a) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma, por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional. O senhor(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nessa pesquisa. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do TODO, e com isso contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

Se o(a) 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 pelo coordenador da pesquisa e pelo responsável pela coleta de dados. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone presente no final da folha.

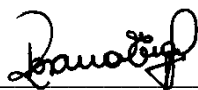
Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias à sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos, com isso ao final da folha seguem os dados para o contato com o mesmo caso o senhor(a) tenha necessidade.

Esse TCLE está disponível em duas vias, uma em PDF (anexo em seu e-mail), assinada pelos pesquisadores responsáveis e outra em formulário “Documentos

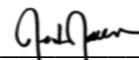
Google”, o qual o(a) Sr(a) após aceitar participar, deverá clicar em “aceito participar da pesquisa”. A via do formulário “Documentos Google” será arquivada.

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

Tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos relacionados anteriormente, concordo em participar desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto às questões sobre a transferência do TDO. Recebi uma via deste documento, assinada pelo coordenador da pesquisa, e tive a oportunidade de discuti-lo com ele.



Rosana Huppel Engel
Pesquisadora



Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador da Pesquisa

Ribeirão Preto, 07 de maio de 2020.

Atenciosamente,
Rosana Huppel Engel
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

CONTATO

Em caso de dúvida sobre as suas garantias como participante desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones (16) 3315-9197, Fax (16) 3315-0518, E-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902.

Contato dos pesquisadores: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, das 09 às 17 horas, no telefone (16) 3315-3949, E-mails: rosana.engel@usp.br/palha@eerp.usp.br.

APÊNDICE F - Tabela descritiva dos itens avaliados

Subdomínio	Item do instrumento	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Frequência (%)					Média Padronizada	Escore Padronizado
										1	2	3	4	5		
AG	01	193	3,48	1,48	1	2,00	4,00	5,00	5	15,0	17,6	5,2	29,0	33,2	0,619	61,9
	04*	199	3,56	1,43	1	2,00	4,00	5,00	5	9,5	22,6	8,0	22,1	37,7	0,639	63,9
	05	198	3,06	1,42	1	2,00	3,00	4,00	5	19,7	20,7	12,1	29,3	18,2	0,514	51,4
	06	197	3,92	1,29	1	3,00	4,00	5,00	5	6,6	11,2	13,2	21,3	47,7	0,731	73,1
	14	194	2,55	1,50	1	1,00	2,00	4,00	5	36,6	20,6	7,2	22,2	13,4	0,388	38,8
	02	194	3,58	1,46	1	2,00	4,00	5,00	5	15,5	12,4	6,2	30,4	35,6	0,646	64,6
AE	13	194	2,99	1,49	1	2,00	3,00	4,00	5	22,7	21,6	9,8	25,3	20,6	0,499	49,9
	16*	198	4,31	1,29	1	4,00	5,00	5,00	5	9,1	4,5	4,5	10,1	71,7	0,827	82,7
	17	193	3,58	1,53	1	2,00	4,00	5,00	5	17,1	13,0	4,7	25,9	39,4	0,644	64,4
	18	202	4,41	1,02	1	4,00	5,00	5,00	5	2,5	6,4	5,4	18,8	66,8	0,853	85,3
	29	183	3,02	1,45	1	2,00	3,00	4,00	5	23,5	15,8	13,1	30,6	16,9	0,504	50,4
	34	196	3,98	1,36	1	3,75	5,00	5,00	5	10,7	7,1	7,1	23,5	51,5	0,745	74,5
AI	37	189	2,41	1,45	1	1,00	2,00	4,00	5	41,3	18,0	8,5	22,8	9,5	0,353	35,3
	39	190	3,82	1,34	1	3,00	4,00	5,00	5	8,9	12,6	8,4	27,9	42,1	0,704	70,4
	10	197	4,17	1,10	1	4,00	4,00	5,00	5	4,6	7,1	4,6	34,5	49,2	0,792	79,2
	11	200	4,09	1,20	1	4,00	4,00	5,00	5	6,5	8,0	5,0	31,5	49,0	0,771	77,1
	12*	194	4,40	1,12	1	4,00	5,00	5,00	5	3,6	8,8	2,6	14,4	70,6	0,849	84,9
	15	192	3,54	1,53	1	2,00	4,00	5,00	5	17,7	12,0	8,9	21,9	39,6	0,634	63,4
EE	36	194	3,64	1,42	1	2,25	4,00	5,00	5	11,3	13,9	14,9	18,6	41,2	0,661	66,1
	07	197	3,41	1,47	1	2,00	4,00	5,00	5	15,7	16,8	9,1	27,4	31,0	0,603	60,3
	08	194	3,96	1,24	1	3,00	4,00	5,00	5	7,2	8,2	10,8	28,4	45,4	0,741	74,1
	09	198	3,54	1,51	1	2,00	4,00	5,00	5	16,2	15,7	3,0	28,3	36,9	0,635	63,5
	20	196	3,76	1,33	1	3,00	4,00	5,00	5	10,2	12,2	5,6	35,7	36,2	0,689	68,9

*itens que sofreram inversão de valor, sendo que a pontuação máxima que foi considerada o maior nível de positividade. Fonte: Dados da pesquisa (2021).

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

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.							
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 à supervisão do TDO.							
23	O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB.							
24	Na unidade de saúde em que trabalho existe um plano de cuidado individual para cada doente em TDO.							
25	Na unidade de saúde em que trabalho, o doente em TDO participa da elaboração do plano de cuidado individual.							
26	O doente em TB tem autonomia de decidir se quer participar ou não do TDO.							
27	O doente em TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou autoadministrado).							
28	Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB.							
29	A unidade de saúde em que trabalho criou estratégias para trabalhar com o TDO.							
30	A unidade de saúde em que trabalho possui estratégias para promover a adesão do doente de TB ao TDO (cesta básica, por exemplo).							
31	Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa.							
32	Na unidade de saúde em que trabalho os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO (grupos de apoio, grupos de autoajuda, líderes de bairro, igreja, associação de moradores).							
33	O TDO tem contribuído à 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 desenvolve ações							

	intersetoriais para adesão do doente ao TDO (educação, assistência social, entre outras).							
36	Sinto-me motivado a inovar minhas ações em 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 – Declaração da instituição coparticipante - Uberlândia



NÚCLEO DE ESTÁGIOS E
PESQUISAS

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa *“A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro”* será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora **Or Pedro Fredemir Palha e Rosana Huppel Engel** realizar a(s) etapa(s) de entrevistas com os profissionais de saúde de nível médio e superior (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) que tenham experiência profissional com o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose, e coordenadores municipais e profissionais de referência que atuem com o controle da Tuberculose, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.


Ana Rita de Faria
Assessora Técnica de Enfermagem
SPDM
COREN-MG 116703-ENE

Ana Rita de Faria
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM

Uberlândia 30 / 09 / 19

ANEXO C - Declaração da instituição coparticipante – Uberaba



Sistema
Único de
Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão pelo Trabalho e Educação em Saúde
Seção de Educação em Saúde



PREFEITURA DE
UBERABA

INFORMAÇÃO Nº 21/2019

Uberaba, 13 de setembro de 2019.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Instituição de ensino: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – EERP/USP

Curso: Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – nível Doutorado

Título: A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro

Local de realização: municípios de Uberaba e Uberlândia/MG

Objetivo: analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da Tuberculose (TB) em municípios de Minas Gerais.

Justificativa: a coordenação assistencial deve permear a continuidade da atenção aos usuários e, em especial, quando adoecidos por tuberculose, os quais necessitam de uma supervisão adequada no tratamento. Espera-se contribuir com a política de controle da Tuberculose no município.

Metodologia: trata-se de um estudo de métodos mistos, do tipo sequencial explanatório, aplicado em duas fases. Na primeira fase serão coletados e analisados dados quantitativos, a partir destes resultados, com base nas variáveis com desempenho inferior, será realizada coleta de abordagem qualitativa.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): A pesquisadora deverá trazer à Seção de Educação em Saúde o parecer de aprovação do CEP para iniciar a pesquisa e, após a conclusão da mesma, trazer uma cópia e apresentar os resultados como forma de socialização do conhecimento e fortalecimento das práticas cotidianas do trabalho em saúde no SUS.

Talita dos Santos Ramos Oliveira

Talita dos Santos Ramos Oliveira
Seção de Educação em Saúde
Matrícula 50280-4

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

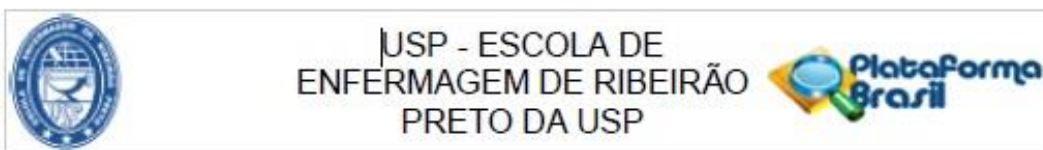
- Deferido
 Indeferido

Iraci José de Souza Neto

Iraci José de Souza Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 008/2017

Ciente do solicitante: _____
Nome: _____ CPF: _____
Data: ___/___/2019.

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Rosana Huppel Engel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22572619.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.743.966

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 3.705.802, de 14 de novembro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- I. Identificar e analisar a transferência do Tratamento Diretamente Observado segundo as variáveis da Educação Permanente em Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde;
- II. Analisar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde que contribuem para a efetivação do Tratamento Diretamente Observado nos referidos municípios;
- III. Analisar discursivamente as estratégias de Educação Permanente em Saúde na transferência da política do Tratamento Diretamente Observado segundo a perspectiva dos gestores municipais de saúde e/ou coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose e profissionais de

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

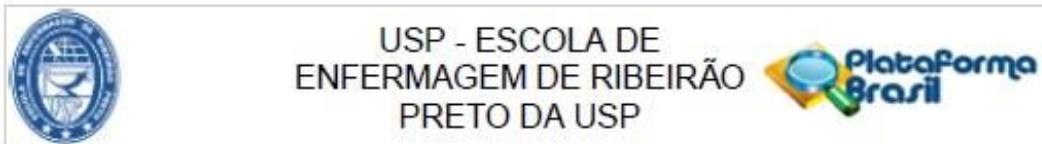
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.743.966

referência das equipes de Atenção Primária à Saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS:

Sobre os documentos "TCLE_profissionais_apendD.pdf" e "TCLE_coordenadores_apendC.pdf", solicita-se que sejam atualizados os telefones para contato fornecidos, bem como corrigidas as informações para contato com este CEP (exemplo abaixo).

"Em caso de dúvida sobre as suas garantias como participante nesta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones: (16) 3315-9197, Fax: (16) 3315-0518, E-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902."

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Na ocasião são atendidas as pendências para atualização dos telefones de contato, bem como corrigidas as informações para contato com este CEP junto aos documentos "TCLE_profissionais_apendD.pdf" e "TCLE_coordenadores_apendD.pdf". Igualmente, atendem-se as orientações ao encaminhar nova versão dos referidos documentos com as alterações realizadas destacadas em amarelo no corpo do texto.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.743.966

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419157.pdf	02/12/2019 21:07:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_profissionais_Dez2019.pdf	02/12/2019 21:06:28	Rosana Huppel Engel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_coordenadores_Dez2019.pdf	02/12/2019 21:06:04	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Oficio_de_resposta.pdf	02/12/2019 21:05:39	Rosana Huppel Engel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_apendD.pdf	01/10/2019 20:52:42	Rosana Huppel Engel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenadores_apendC.pdf	01/10/2019 20:52:29	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Uberaba_autorizacao.pdf	01/10/2019 20:52:06	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Uberlandia_autorizacao.pdf	01/10/2019 20:51:17	Rosana Huppel Engel	Aceito
Orçamento	PlanilhaOrcamentaria.pdf	01/10/2019 20:48:14	Rosana Huppel Engel	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/10/2019 20:46:57	Rosana Huppel Engel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_210819.pdf	01/10/2019 20:44:48	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	01/10/2019 20:44:04	Rosana Huppel Engel	Aceito
Folha de Rosto	rosana_folha_de_rosto.pdf	01/10/2019 20:02:19	Rosana Huppel Engel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



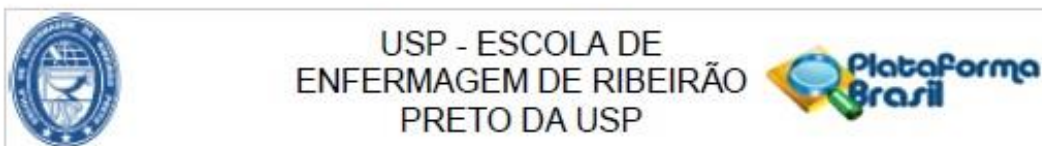
Continuação do Parecer: 3.743.966

RIBEIRAO PRETO, 04 de Dezembro de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP – Emenda



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A Educação Permanente em Saúde na Transferência da Política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Rosana Huppel Engel

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22572619.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.039.512

Apresentação do Projeto:

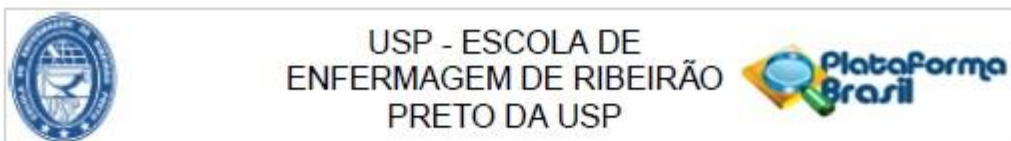
Trata-se de proposta de emenda a projeto de pesquisa já apreciado e aprovado por este CEP, Parecer Consubstanciado número 3.743.966, de 04 de dezembro de 2019. De acordo com a pesquisadora "Considerando o atual cenário de pandemia, ao encontro das orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, que desaconselham encontros e reuniões presenciais, solicitamos alteração no método de coleta de dados da pesquisa acima intitulada. Propomos a utilização de questionário eletrônico para a coleta de dados quantitativos, e reuniões por meio da sala de reuniões da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa para a coleta de dados qualitativos."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento "PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3743966.pdf", de 04 de dezembro de 2019:

Objetivo Primário: Analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da Tuberculose em municípios de Minas Gerais.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.039.512

Objetivo Secundário:

- I. Identificar e analisar a transferência do Tratamento Diretamente Observado segundo as variáveis da Educação Permanente em Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde;
- II. Analisar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde que contribuem para a efetivação do Tratamento Diretamente Observado nos referidos municípios;
- III. Analisar discursivamente as estratégias de Educação Permanente em Saúde na transferência da política do Tratamento Diretamente Observado segundo a perspectiva dos gestores municipais de saúde e/ou coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose e profissionais de referência das equipes de Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

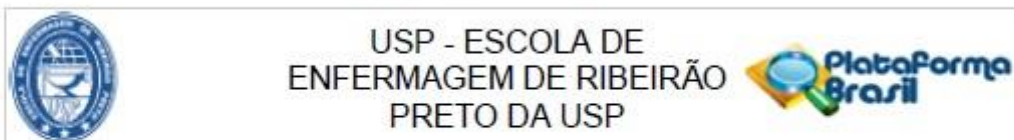
Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_155207_1_E1.pdf	11/05/2020 09:17:58		Aceito
Outros	oficio_de_emenda.pdf	11/05/2020 09:17:22	Rosana Huppel Engel	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Versao2.pdf	07/05/2020 21:30:59	Rosana Huppel Engel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	VERSAO03_TCLE_profissionais_Mai2020.pdf	07/05/2020 21:30:06	Rosana Huppel Engel	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.039.512

Justificativa de Ausência	VERSAO03_TCLE_profissionais_Mai2020.pdf	07/05/2020 21:30:06	Rosana Huppel Engel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO03_TCLE_coordenadores_Mai2020.pdf	07/05/2020 21:29:37	Rosana Huppel Engel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_E1.pdf	07/05/2020 21:26:47	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Oficio_de_resposta.pdf	02/12/2019 21:05:39	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Uberaba_autorizacao.pdf	01/10/2019 20:52:06	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Uberlandia_autorizacao.pdf	01/10/2019 20:51:17	Rosana Huppel Engel	Aceito
Orçamento	PlanilhaOrcamentaria.pdf	01/10/2019 20:48:14	Rosana Huppel Engel	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	01/10/2019 20:44:04	Rosana Huppel Engel	Aceito
Folha de Rosto	rosana_folha_de_rosto.pdf	01/10/2019 20:02:19	Rosana Huppel Engel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 20 de Maio de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br