



## Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas

Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer

Evaluación del tratamiento directamente observado de la tuberculosis según dimensiones de la transferencia de políticas

Bruna Viana Shuhama<sup>1</sup>, Lais Mara Caetano da Silva<sup>2</sup>, Rubia Laine de Paula Andrade<sup>3</sup>, Pedro Fredemir Palha<sup>3</sup>, Paula Hino<sup>1</sup>, Káren Mendes Jorge de Souza<sup>1</sup>

### Como citar este artigo:

Shuhama BV, Silva LMC, Andrade RLP, Palha PF, Hino P, Souza KMJ. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. Rev Esc Enferm USP. 2017;51e03275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016050703275>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the directly observed therapy for treating tuberculosis in the Primary Health Care Service according to the dimensions of policy transfer. **Method:** Descriptive study, conducted with professionals from Basic Health Units in the city of São Paulo, SP state. The interviews were conducted from May to July/2016, using a validated, self-administered instrument with 39 items on a five-point Likert scale. The variables were organized in the dimensions: information, knowledge and innovation. The mean of the responses was calculated: the means between four and five were classified as adequate, between two and a half and three and a half as fair, and between one and two as inadequate. **Results:** 112 health professionals participated in the study. In the dimension of information, participation of the community in the treatment was considered fair. In the dimension of knowledge, the treatment routine in the unit and the participation of the professionals in trainings were classified as fair. In the dimension of innovation, the unit infrastructure, the use of community resources and the creation of strategies to promote patient adherence were evaluated as fair. The other variables were adequate. **Conclusion:** The transfer of the directly observed therapy for treating tuberculosis in the Primary Health Care assessed has been occurring gradually and successfully.

### DESCRIPTORS

Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Primary Health Care; Public Health Policy.

### Autor correspondente:

Káren Mendes Jorge de Souza  
Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino  
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil  
[karen.souza@unifesp.br](mailto:karen.souza@unifesp.br)

Recebido: 08/01/2017  
Aprovado: 04/08/2017

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, relacionada à pobreza, às situações de vulnerabilidade em saúde e aos aglomerados urbanos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, para o ano de 2015, a ocorrência de 10,4 milhões de casos, com 1,4 milhões de mortes por TB em todo o mundo. Nesse mesmo ano, a TB esteve entre as dez principais causas de morte no mundo<sup>(1)</sup>.

No Brasil, em 1998, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) implantou o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que é um pilar central da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS). Trata-se de uma política, cujos objetivos principais são: desenvolver vínculo com o usuário, estimular a adesão terapêutica e elevar as taxas de cura. Uma revisão sistemática mostrou que o TDO é mais efetivo do que a modalidade autoadministrada, para o desfecho de sucesso do tratamento<sup>(2)</sup>. Apesar dos desafios para a operacionalização dessa estratégia, em função da organização dos serviços de saúde, do contexto geopolítico e gerencial, e da necessidade de extenso período de adaptação por parte dos profissionais de saúde e governos locais, observam-se melhorias nos indicadores de controle da TB a partir dessa política, particularmente entre populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, adictos de drogas injetáveis e estilizadas<sup>(3-4)</sup>.

O êxito da transferência do TDO como política está diretamente relacionado a três dimensões: informação sobre o TDO recebida pelos profissionais que executarão essa política; o conhecimento desses profissionais sobre a política a ser implantada; e a inovação, ou modo de execução, dessa nova política/ação<sup>(5)</sup>. Acrescenta-se ainda que a efetividade do TDO implica um plano terapêutico que considere as singularidades, as necessidades de saúde e o contexto social do usuário<sup>(6)</sup>.

Em relação à produção de cuidados à pessoa com TB na Atenção Primária à Saúde (APS), um estudo desenvolvido em São Paulo, SP, Brasil, mostra que equipes de saúde da família alcançam bons resultados no tratamento, devido à longitudinalidade do cuidado e à proximidade dos profissionais ao contexto de vida dos usuários. Operacionalmente, o enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o técnico de enfermagem são reconhecidos como os agentes protagonistas da implementação da política do TDO, desenvolvendo ações múltiplas e acolhedoras<sup>(7)</sup>.

Os profissionais de saúde, que acompanham o TDO, têm uma responsabilidade no sucesso dessa política, já que devem dispor de conhecimentos e habilidades técnicas, gerenciais e relacionais, que traduzam qualidade, ética e responsabilização pelo cuidado integral, sem que o TDO represente a cristalização de discursos que significam o doente de TB como um sujeito infantilizado, sem voz, sem direitos reclamados<sup>(8)</sup>.

O objetivo deste estudo foi avaliar o Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, segundo dimensões da transferência de políticas. Utiliza-se da base conceitual da "Transferência de Políticas", que pode ser definida como "um processo no qual

o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas de distribuição em um setor ou nível de governança é aplicado para o desenvolvimento de instituições, políticas ou sistemas em outro setor ou nível de governança"<sup>(9-10)</sup>.

A transferência de políticas refere-se, portanto, a um processo complexo, que envolve diversos atores, instâncias, instituições e organizações, no qual uma política ou programa é transferido, total ou parcialmente, de um sistema político a outro, sendo um fenômeno que exige adaptações pelos formuladores de políticas públicas de outro tempo ou espaço<sup>(9-10)</sup>.

Diversas investigações tomam como objeto de estudo a prática do TDO em si, mas não discutem a transferência dessa política e o como esse processo influencia a prática dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa com TB. Portanto, trata-se de uma perspectiva relevante para o campo das políticas públicas de saúde e inovadora entre estudos científicos desenvolvidos no Brasil, o que permite destacá-la como merecedora de ampliação e aprofundamento<sup>(7)</sup>.

Desse modo, considera-se relevante utilizar esse referencial para a análise da transferência do TDO da TB para a APS, compreendendo-o enquanto um componente das políticas de saúde relacionadas ao controle da doença no cenário brasileiro e internacional, com vistas a contribuir para o avanço da Enfermagem e das Ciências da Saúde, bem como para a produção de subsídios à prática de gestão e cuidado, na identificação de potencialidades e fragilidades no processo de transferência desta prática/política de saúde.

## MÉTODO

Este estudo descritivo, de natureza quantitativa, foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com Estratégia Saúde da Família, na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), estado de São Paulo, Brasil.

Segundo dado da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS/SP, no ano de 2011, a CRS Sudeste destacou-se por apresentar o menor coeficiente de incidência por TB (43,6 por 100.000 habitantes) entre todas as coordenadorias, o que justifica a escolha desse cenário de estudo<sup>(11)</sup>.

Para a vigilância epidemiológica da TB, o estado de São Paulo dispõe do sistema TBWEB, através do qual o caso da doença é cadastrado e o usuário é monitorado, em tempo real, no percurso de um ou mais tratamentos. No município de São Paulo, o TDO é recomendado para todos os casos de TB e sua cobertura é crescente, incluindo a oferta de incentivos à adesão, como cesta básica e transporte. O TDO é acompanhado por profissionais de saúde no domicílio do usuário ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), respeitando-se o acordo firmado no início do tratamento.

A população do estudo foi estimada em 429 profissionais de saúde de nível médio e superior (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem), envolvidos no controle da TB na APS. Como critério de inclusão no estudo,

considerou-se que os profissionais deveriam ter no mínimo 6 meses de experiência na APS.

No cálculo amostral, assumindo como estimativa de variância das médias ( $S^2=1$ ) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko, no ano de 2006, e a diferença entre a média amostral simples e a média da população ( $B=0,2$ ) e probabilidade de erro tipo I igual a ( $Z_{\alpha=5\%} = 1,96$ ), estimou-se o tamanho da amostra “simples” com 97 sujeitos de pesquisa a partir da seguinte equação<sup>(12)</sup>:

$$n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D} \text{ sendo } D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2}$$

Considerando-se um erro amostral de 15% (perdas ou recusas), a amostra final calculada foi de 112 profissionais. O processo de amostragem foi realizado por conveniência, sendo que as unidades de saúde eram sorteadas e três profissionais de cada equipe de saúde da família das UBS, que atendiam aos critérios de inclusão, eram entrevistados. Caso o serviço de saúde sorteado não contemplasse o número necessário de entrevistados para atingir o tamanho amostral, um novo sorteio era realizado até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido. É importante frisar que o gerente de uma unidade de saúde não permitiu a realização das entrevistas, sendo esta unidade excluída do estudo e procedido novo sorteio.

Neste processo, foram entrevistados profissionais de oito UBS, sendo que estes representavam 46 equipes das 143 da CRS Sudeste. Dessa forma, participaram do estudo 112 profissionais de saúde.

Na coleta de dados, foi utilizado um instrumento auto-aplicável, intitulado Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento no controle da Tuberculose (ATP-IINFOC-TB)<sup>(5)</sup>. Trata-se de um instrumento que passou por um processo de validação de face e conteúdo, por *experts*, e validação semântica, por profissionais de saúde de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) e superior (enfermeiros e médicos)<sup>(5)</sup>, composto por 39 itens, distribuídos para avaliação de três dimensões da transferência de políticas formuladas pelo grupo de pesquisa, seguindo o referencial de especialistas: Informação, Conhecimento e Inovação<sup>(13)</sup>. Estruturado em escala de tipo Likert, foram incluídas frases favoráveis e desfavoráveis sobre a transferência de política do TDO, nas quais os sujeitos puderam manifestar seu grau de concordância, variando entre cinco níveis: (1) Discordo, (2) Discordo Parcialmente, (3) Indiferente, (4) Concordo Parcialmente e (5) Concordo.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2016, por duas pesquisadoras, com planejamento prévio. Com a finalidade de operacionalizar as entrevistas, inicialmente, os gerentes das UBS eram contatados por telefone, com o objetivo de apresentar o estudo e realizar o convite para a participação. Posteriormente, com a concordância do gerente, ocorreram os agendamentos para utilização do instrumento autoaplicado na própria unidade de saúde.

Realizou-se a dupla digitação dos dados obtidos por meio das entrevistas, os quais foram analisados utilizando

o *software* Statistica 13, da Statsoft.Inc. Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória de dados, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis, de modo a verificar possíveis inconsistências no banco, bem como erros na entrada ou omissão de respostas pelos participantes.

Posteriormente, foram criados gráficos que mostram as médias e respectivos intervalos de confiança das respostas a cada item do instrumento. Destaca-se que a sobreposição ou não destes intervalos de confiança trouxe informações que classificassem a avaliação da transferência do TDO para os serviços de saúde sem que fosse necessário executar qualquer outro teste. Assim, variáveis com intervalos de confiança que passassem pelos valores de quatro a cinco foram classificadas como satisfatórias; dois e meio a três e meio, regulares; e, um a dois, insatisfatórias. Para essa classificação, três questões (V4, V12 e V16), com enunciados negativos, tiveram a sua categoria de resposta invertida para (1) Concordo, (2) Concordo Parcialmente, (3) Indiferente, (4) Discordo Parcialmente e (5) Discordo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (protocolo n° 1.402.860) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (protocolo n° 1.466.699). O estudo foi previamente autorizado pelo gestor responsável pela CRS Sudeste e conduzido segundo padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

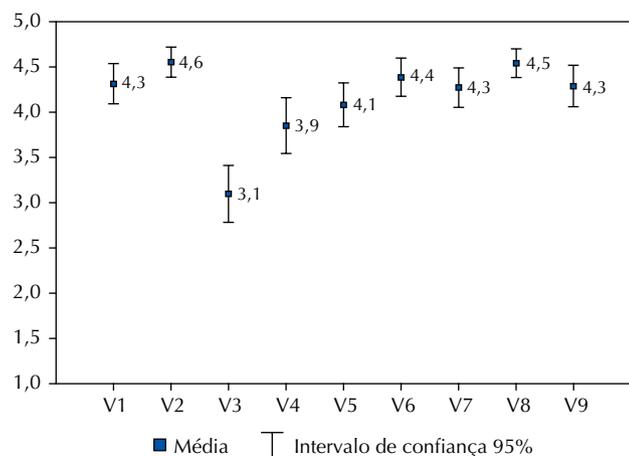
## RESULTADOS

Dos 112 profissionais de saúde entrevistados, 28 (25%) eram médicos, 42 (38%) eram enfermeiros e 42 (38%) eram auxiliares/técnicos de enfermagem. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (80%), com idade média de 39 anos (mínimo de 23 e máximo de 71 anos). Dos 39 itens contidos no instrumento, a avaliação de 32 (85%) foram considerados como satisfatórios pelos entrevistados. Nas figuras de 1 a 3, verifica-se que nenhuma variável recebeu avaliação insatisfatória no que diz respeito à avaliação da transferência do TDO para os serviços de saúde.

Conforme verificado na dimensão informação, a variável V3 (participação da população nas discussões sobre o TDO) foi a única que obteve avaliação regular. As demais receberam avaliação satisfatória (Figura 1).

Na dimensão conhecimento, as variáveis V13 (equipe considera o TDO uma rotina simples) e V15 (participação dos profissionais em treinamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde sobre o TDO) tiveram avaliação regular e as demais, satisfatórias (Figura 2).

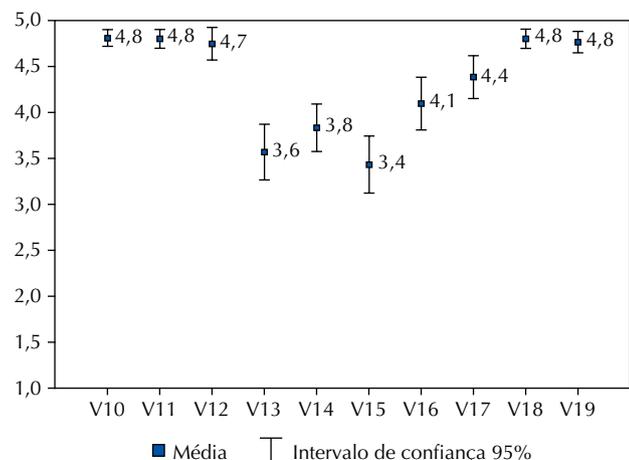
As variáveis da dimensão inovação receberam avaliação satisfatória, com exceção de V21 (a unidade de saúde dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO), V31 (são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO), V32 (os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO) e V37 (os profissionais recém-contratados ou realocados recebem treinamentos sobre o TDO), as quais receberam avaliação regular (Figura 3).



Legenda: V1 – O PCT\* discute o TDO com a equipe da unidade; V2 – O TDO é discutido entre os profissionais da unidade que atuam com tuberculose; V3 – A população participa de discussões sobre o TDO; V4 – Não existe integração entre o PCT\* e a equipe da unidade; V5 – O PCT\* utiliza estratégias para motivar a equipe da unidade com relação ao TDO; V6 – O PCT utiliza linguagem clara e concisa para discutir sobre o TDO; V7 – Para viabilizar o TDO, são utilizadas estratégias educativas e de sensibilização da equipe; V8 – As estratégias de sensibilização da equipe produzem impactos positivos no TDO; V9 – Tenho acesso a materiais educativos sobre o TDO.

\*PCT – Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (considerando níveis municipal e estadual).

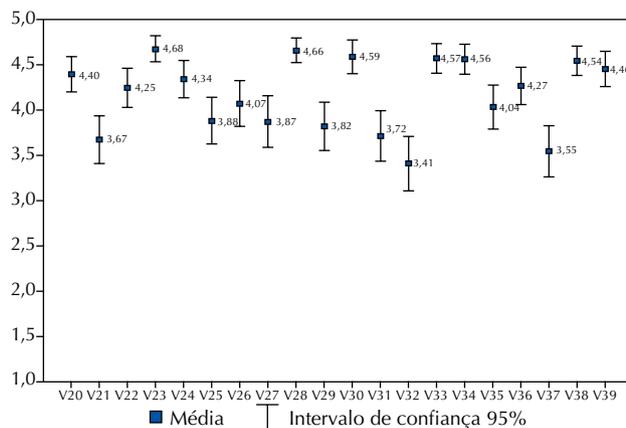
**Figura 1** – Respostas dos profissionais da Saúde da Família quanto à transferência do tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose para Unidades Básicas de Saúde/dimensão “informação”, Coordenadoria de Saúde Sudeste, São Paulo, SP, Brasil, 2016.



Legenda: V10 – Compreendo as diretrizes do TDO; V11 – Compreendo o protocolo para acompanhamento do TDO; V12 – Não sigo as diretrizes do TDO porque não compreendo a importância disso; V13 – A equipe considera o TDO uma rotina simples; V14 – O PCT\* oferece capacitações sobre o TDO; V15 – Recebo treinamento da Secretaria de Saúde sobre o TDO; V16 – A unidade de saúde não me libera para participar de treinamentos sobre o TDO; V17 – Os profissionais discutem casos clínicos de doentes em TDO em reuniões; V18 – A equipe da unidade reconhece a importância do TDO; V19 – Para ter sucesso no TDO, é necessário incorporar outras instituições além do setor saúde.

\*PCT – Programa de Controle da Tuberculose (considerando níveis municipal e estadual).

**Figura 2** – Respostas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à transferência do tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose para Unidades Básicas de Saúde/dimensão “conhecimento”, Coordenadoria de Saúde Sudeste, São Paulo, SP, Brasil, 2016.



Legenda: V20 – Os materiais educativos da unidade de saúde norteiam minha prática profissional com o TDO; V21 – A unidade dispõe de infraestrutura adequada para assistir o doente em TDO; V22 – A unidade dispõe de recursos humanos suficientes para o TDO; V23 – O TDO requer um plano de cuidado individual para o doente de TB; V24 – Na unidade existe plano de cuidado individual para cada doente em TDO; V25 – O doente em TDO participa da elaboração do seu plano de cuidado; V26 – O doente de TB tem autonomia de decidir se participa do TDO; V27 – O doente de TB tem autonomia para escolher a modalidade de tratamento (supervisionado ou autoadministrado); V28 – A equipe considera que o TDO qualifica a assistência ao doente de TB; V29 – A unidade criou novas estratégias para trabalhar com o TDO; V30 – A unidade oferece benefícios para promover a adesão do doente de TB ao TDO; V31 – Na unidade de saúde são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO; V32 – Os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO; V33 – O TDO tem contribuído para a promoção à saúde do doente de TB; V34 – O TDO é trabalhado de forma multiprofissional; V35 – Desenvolve ações intersetoriais para adesão do doente ao TDO; V36 – Sinto-me motivado com relação ao TDO; V37 – Os profissionais recém-contratados ou realocados recebem treinamentos sobre o TDO; V38 – As dificuldades dos pacientes em TDO são percebidas pela equipe de saúde; V39 – A equipe de saúde adaptou o TDO à realidade de sua área de abrangência.

**Figura 3** – Respostas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à transferência do tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose (TB) para Unidades Básicas de Saúde/dimensão “inovação”, Coordenadoria de Saúde Sudeste, São Paulo, SP, Brasil, 2016.

## DISCUSSÃO

O presente estudo utiliza-se de um instrumento que propõe observar a transferência da política do TDO para a APS, segundo três dimensões: informação, conhecimento e inovação<sup>(5)</sup>. Esse processo pode se encontrar na fase em que a informação sobre o TDO foi recebida e parar neste estágio, ou pode passar para a fase de conhecimento, que é onde o profissional consegue compreender o que lhe foi passado. E, se avançar, pode se apresentar como uma inovação, transformando tudo que lhe foi passado e assimilando-a em uma prática incorporada ao cotidiano dos serviços.

A implantação e a sustentabilidade do TDO dependem do envolvimento de atores chaves para garantir que o cuidado ao doente de TB na APS tenha qualidade. Cabe aos gestores de saúde o compromisso político para que o controle dessa doença possa ser operacionalizado com participação efetiva dos coordenadores de Programas de Controle da TB locais e, principalmente, dos profissionais de saúde e da população<sup>(14)</sup>.

Na dimensão informação, todas as variáveis foram consideradas satisfatórias, com exceção da participação da população nas discussões sobre o TDO, que obteve avaliação regular. Um estudo apresentou resultado semelhante, ao apontar que um dos desafios para o controle da TB é a falta de interesse da

comunidade em participar de atividades de educação em saúde sobre a TB<sup>(15)</sup>, divergindo das evidências científicas de que a atuação do setor comunitário melhora os resultados no controle da doença, como observado em um estudo que objetivou analisar a participação de um comitê com representantes da sociedade no controle da TB, o qual mostrou a potencialidade desse modelo de gestão participativa no controle da doença<sup>(16)</sup>.

A participação social na luta contra uma doença como a TB possibilita não apenas o exercício de cidadania, mas também a criação de espaços que defendem a saúde da população de acordo com suas necessidades de saúde<sup>(16)</sup>. Outra experiência observada no Peru discute a potencialidade da participação social e sua mobilização no cumprimento do direito à saúde, sendo que o envolvimento da comunidade nas questões relacionadas ao câncer, ao vírus da imunodeficiência humana e à TB aponta o papel da comunidade como um elemento chave para a melhoria das condições de saúde das pessoas e para a tomada de decisão e implementação de programas de saúde<sup>(17)</sup>.

Neste estudo, alguns profissionais entrevistados não consideram o TDO como uma rotina simples da UBS, o que converge com os resultados de um estudo desenvolvido na Paraíba, Brasil, no qual os autores assinalam que o TDO ultrapassa a simplória observação da ingesta medicamentosa, produzindo desafios acerca da cooperação interprofissional, na equipe de saúde, e destes com os gestores, para a produção de um projeto terapêutico integral<sup>(18)</sup>.

Outro achado desta pesquisa refere-se à regular participação dos trabalhadores da APS em práticas de educação permanente. Sobre esse ponto, um estudo concluiu que as práticas de ensino-aprendizagem inseridas no trabalho da APS teve expansão nos últimos anos, porém ainda se observam ações pontuais e de natureza informativa, com baixo potencial de induzir mudanças permanentes<sup>(19)</sup>.

O controle da TB envolve a qualificação e a capacitação permanente dos profissionais que atuam nos diferentes serviços que se constituem como portas de entrada do usuário ao sistema de saúde para que seja garantido o diagnóstico oportuno da TB<sup>(20)</sup>. Com isso, o desafio é investir constantemente na educação permanente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, seja na fase que antecede a implantação de uma proposta, seja no decorrer de suas atividades. Cabe lembrar que a introdução de novas políticas no trabalho requer adequação de papéis e mudanças na organização do processo de trabalho em saúde.

Estudo realizado na Tanzânia com profissionais de saúde, pacientes e familiares, aponta que os trabalhadores devem ser sensibilizados sobre os elementos da estratégia DOTS e que seus conhecimentos precisam ser renovados, com vistas ao desenvolvimento e eficácia da estratégia<sup>(21)</sup>.

Quando se trata da operacionalização do TDO, o Ministério da Saúde (MS) preconiza quatro modalidades de supervisão: no domicílio do usuário, na unidade de saúde, no sistema prisional e a modalidade compartilhada<sup>(22)</sup>. Porém, ressalta-se que a equipe de saúde em parceria com o doente deve avaliar os contornos do projeto terapêutico, levando-se em consideração suas necessidades de saúde e desejos, de modo que este resulte em adesão terapêutica.

Neste estudo, a criação de novas estratégias para a adesão terapêutica do usuário, bem como a incorporação de recursos comunitários com esse fim foram avaliadas, pelos profissionais entrevistados, como regular.

A adesão ao tratamento é um ponto fundamental para o controle da TB<sup>(22)</sup>. Além disso, a política do TDO deve ser desenvolvida de modo interprofissional, com trabalho em equipe, como um cuidado a ser ofertado à pessoa com TB e sua família de modo integral<sup>(23)</sup>.

Por último, destaca-se neste estudo o problema relacionado à infraestrutura na UBS para os cuidados com o doente de TB, sendo que a literatura científica aponta que a disponibilidade de estrutura física adequada e de insumos para o controle da TB são elementos potencializadores da sustentabilidade da estratégia DOTS<sup>(18)</sup>.

É evidente que as dimensões informação, conhecimento e inovação estão interligadas na transferência da política<sup>(9-10)</sup>. Nesse sentido, a implementação e o sucesso da política do TDO dependem da transmissão de informações e sua transformação em conhecimento, além da governança, que envolve os formuladores de políticas, administradores e os que operacionalizam o dia a dia do trabalho, que dependem de um período de adaptação e capacidade de inovar estratégias para o desenvolvimento do TDO no cotidiano de trabalho com o envolvimento da comunidade.

## CONCLUSÃO

O presente estudo considera o TDO como uma prática amplamente executada por profissionais de nível médio e superior que atuam na Estratégia Saúde da Família. O processo de transferência da política do TDO da TB para a APS no Brasil reúne experiências diversas ao longo de mais de uma década e meia, sendo a base teórica da Transferência de Políticas uma nova perspectiva para compreender sua execução.

Segundo os profissionais entrevistados, apesar da existência de algumas barreiras ao desenvolvimento dessa modalidade de tratamento da TB, infere-se que a transferência do TDO como política de controle da TB na APS vem ocorrendo com sucesso, haja vista o resultado positivo para a maioria dos itens que buscam avaliar esse processo.

Os pontos avaliados como regulares, neste estudo, convergem para temas como a participação dos usuários, das estratégias de adesão terapêutica, da qualificação dos profissionais de saúde e da disponibilidade de infraestrutura adequada nos serviços de saúde para a apropriada execução dessa política. Esses indicadores permitem identificar fragilidades sobre as quais a gestão pode se ater, a fim de qualificar a execução do TDO, incluindo o fortalecimento da participação popular, a construção de um Projeto Terapêutico Singular à pessoa com TB, o repensar em estratégias de educação permanente, que promovam o aprimoramento dos profissionais de saúde, além de planejar intervenções voltadas à melhoria da infraestrutura disponível.

Observa-se que o instrumento aplicado se constitui como uma ferramenta para a análise das potencialidades e fragilidades relacionadas à transferência do TDO, contribuindo para a avaliação das especificidades loco regionais no que concerne à operacionalização deste, articulado às características gerenciais,

de educação em saúde e de modelos assistenciais nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde.

Sendo a prática gerencial um dos atributos do profissional enfermeiro, o estudo ganha relevância ao propor subsídios ao aprimoramento do TDO como uma ação de controle da TB, se constituindo como um disparador para o planejamento

das ações, realizado por profissionais enfermeiros que atuem na esfera da gestão, e executado por profissionais enfermeiros no âmbito da assistência, no cotidiano dos serviços de saúde.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se um possível viés de seleção, uma vez que o processo de amostragem foi feito por conveniência.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o tratamento diretamente observado da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, segundo dimensões da transferência de políticas. **Método:** Estudo descritivo, realizado com profissionais de Unidades Básicas de Saúde, do município de São Paulo, SP. As entrevistas foram realizadas de maio a julho/2016, mediante instrumento validado, autoaplicável, com 39 itens, em escala Likert com cinco níveis. As variáveis foram organizadas nas dimensões: informação, conhecimento e inovação. Calculou-se a média das respostas dos entrevistados e classificaram-se como satisfatórias as médias entre quatro e cinco, regulares entre dois e meio e três e meio e insatisfatórias entre um e dois. **Resultados:** Participaram do estudo 112 profissionais de saúde. Em informação, a participação da comunidade no tratamento foi considerada regular. Em conhecimento, a rotina do tratamento na unidade e a participação dos profissionais em treinamentos apresentaram classificação regular. Em inovação, a infraestrutura da unidade, o uso de recursos comunitários e a criação de estratégias para promover a adesão do doente ao tratamento obtiveram avaliação regular. As demais variáveis foram satisfatórias. **Conclusão:** A transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose para a Atenção Primária à Saúde, no local estudado, vem ocorrendo gradativamente e com sucesso.

## DESCRITORES:

Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el tratamiento directamente observado de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud, según dimensiones de la transferencia de políticas. **Método:** Estudio descriptivo, realizado con profesionales de Unidades Básicas de Salud del municipio de São Paulo, SP. Las entrevistas fueron realizadas de mayo a julio/2016, mediante instrumento validado, autoaplicable, con 39 puntos, en escala Likert con cinco niveles. Las variables fueron organizadas en las dimensiones: información, conocimiento e innovación. Se calculó el promedio de las respuestas de los entrevistados y se clasificaron como satisfactorios los promedios entre cuatro y cinco; regulares, entre dos y medio y tres y medio; e insatisfactorios, entre uno y dos. **Resultados:** Participaron en el estudio 112 profesionales sanitarios. En información, la participación de la comunidad en el tratamiento se consideró regular. En conocimiento, la rutina del tratamiento en la unidad y la participación de los profesionales en entrenamientos presentaron clasificación regular. En innovación, la infraestructura de la unidad, el uso de recursos comunitarios y la creación de estrategias para promover la adhesión del enfermo al tratamiento lograron evaluación regular. Las demás variables fueron satisfactorias. **Conclusión:** La transferencia del tratamiento directamente observado de la tuberculosis a la Atención Primaria de Salud, en el sitio estudiado, está ocurriendo gradualmente y con éxito.

## DESCRIPTORES

Tuberculosis; Terapia por Observación Directa; Atención Primaria de Salud; Políticas Públicas de Salud; Enfermería de Atención Primaria.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva: WHO; 2016.
2. Tian JH, Lu ZX, Bachmann MO, Song FJ. Effectiveness of directly observed treatment of tuberculosis: a systematic review of a controlled studies. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(9):1092-8.
3. Ibanês AS, Carneiro Junior N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. *ABCS Health Sci.* 2013;38(1):25-32. DOI: 10.7322/abcshs.v38i1.5.
4. Lavôr DCBS, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):245-52. DOI: 10.1590/S0080-623420160000200010
5. Silva LMC, Surniche CA, Sicsú AN, Mitano F, Nogueira JA, Santos CB, et al. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento diretamente observado como política de controle da tuberculose. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;38(2):129-35.
6. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Performance evaluation of primary care services for the treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):1041-50. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700012
7. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):870-8. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500014
8. Souza KMJ, Sá LD, Assolini FEP, Queiroga RPF, Surniche CA, Palha PF. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(4):475-80. DOI: 10.12957/reuerj.2015.16106.
9. Dolowitz DP. A Policy-maker's guide to policy transfer. *Polit Q.* 2003;74(1):101-8. DOI: 10.1111/1467-923X.t01-1-00517.
10. Dolowitz DP, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance.* 2000;13(1):5-24. DOI: 10.1111/0952-1895.00121

11. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Diagnóstico sintético da saúde na cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2017 jun. 15]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores\\_DS\\_Caderno\\_2004\\_2011.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores_DS_Caderno_2004_2011.pdf)
12. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
13. Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011;15(9):1140-8.
14. Oliveira RCC, Sá LD, Dias PCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):761-8.
15. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, Andrade RLP. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2013 [citado 2017 jun. 15];15(1):103-11. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf)
16. Bulgarelli AF, Villa TCS, Pinto IC. Social organization and control of tuberculosis: the experience of a Brazilian town. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2013;21(5):1039-48.
17. Sandoval C, Cáceres CF. Influence of health rights discourses and community organizing on equitable access to health: the case of HIV, tuberculosis and cancer in Peru. *Global Health.* 2013;9:23. DOI: <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-23>
18. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Caring for tuberculosis patients in the Family Health Strategy: the nurses' perceptions. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(2):356-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>
19. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stédile NLR, 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). *Divulg Saúde Debate.* 2014;(51):145-60.
20. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A 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. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(5):945-54.
21. Mkopi A, Range N, Amauri M, Geubbels E, Lwilla F, Egwaga S, et al. Health worker's performance in the implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) strategy under programmatic conditions in Tanzania: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:101. DOI: [10.1186/1472-6963-13-101](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-101)
22. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2010.
23. Caliani JS, Figueiredo RM. Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses' opinions. *Acta Paul Enferm.* 2012;15(1):43-7. DOI: [10.1590/S0103-21002012000100008](https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008)

---

#### Apoio Financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Bolsa de Iniciação Científica. Processo nº 2015/16225-7.

---



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.