

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001710017>

TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA: PERSPECTIVA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE¹

Rarianne Carvalho Peruhype², Amélia Nunes Sicsú³, Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima⁴, Juliana Feliciati Hoffmann⁵, Pedro Fredemir Palha⁶

- ¹ Artigo extraído da tese - O planejamento e a execução da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no município de Porto Alegre - RS apresentada ao Programa de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), em 2015.
- ² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: raricp@gmail.com
- ³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: ansicsu@usp.br
- ⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: monica.lima@usp.br
- ⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: julianafhoffmann@gmail.com
- ⁶ Doutorem Enfermagem em Saúde Pública. Professor da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

RESUMO

Objetivo: investigar como se desenvolveu a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na ótica/para dos/os profissionais de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Método: trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo inquérito epidemiológico, que se baseou na aplicação de um instrumento validado e autodirigido para os profissionais de saúde pertencentes às 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Para a análise, foram utilizados a beta regressão, a descrição das frequências das variáveis, a distribuição da média, mediana e o desvio-padrão. Além disso, foram criados a média padronizada e os escores padronizados.

Resultados: participaram do estudo 109 profissionais de saúde, a maioria do sexo feminino (77,06%), com idade entre 30 e 59 anos (87,16%) e pertencentes à categoria médica (37,61%). Em relação às três dimensões analisadas do processo de transferência da política, observou-se que a dimensão Conhecimento foi a que obteve maior escore (77,8%), sendo seguida pelas dimensões Informação (72,7%) e Inovação (67,7%). A necessidade de envolvimento e participação da população nas discussões do Tratamento Diretamente Observado, de melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde e a complexificação do processo de realização dessa prática foram alguns, dentre outros, aspectos importantes apontados.

Conclusão: urgem medidas de reformulações e melhorias nas ações vinculadas à operacionalização e transferência do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose.

DESCRIPTORIOS: Tuberculose. Saúde pública. Política pública. Estratégia de saúde da família. Gestão em saúde.

POLICY TRANSFER: PERSPECTIVE OF THE DIRECTLY OBSERVED TREATMENT OF TUBERCULOSIS

ABSTRACT

Objective: to investigate how the policy transfer of the Directly Observed Treatment of Tuberculosis was developed from the perspective of the community health professionals of the Conceição Hospital Group.

Method: it is a quantitative research of the epidemiological inquiry type, which was based on the application of a validated and self-directed instrument to the health professionals belonging to the 12 Primary Health Care Units to the Community Health Service of the Conceição Hospital Group. For the analysis, the beta regression, the description of the frequencies of the variables, the distribution of the mean, median and the standard deviation were used. In addition, the standardized mean and standardized scores were created.

Results: 109 health professionals participated in the study, most of them female (77.06%), aged between 30 and 59 years old (87.16%) and belonging to the medical category (37.61%). Regarding the three analyzed dimensions of the policy transfer process, it was observed that the Knowledge dimension was the one that had the highest score (77.8%), followed by the dimensions Information (72.7%) and Innovation (67.7%). The need for involvement and participation of the population in the discussions of Directly Observed Treatment, improvement of the infrastructure of the health services and the complexity of the process of accomplishment of this practice were some, among others, important aspects pointed out.

Conclusion: it is necessary to reformulate and improve the actions related to the operationalization and transfer of the Directly Observed Treatment of Tuberculosis.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Public health. Public policy. Family health strategy. Health management.

TRANSFERENCIA DE POLÍTICA: PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO DE LA TUBERCULOSIS

RESUMEN

Objetivo: investigar cómo se desarrolló la transferencia de la política del Tratamiento Directamente Observado de la Tuberculosis desde la óptica de los profesionales de la salud comunitaria del Grupo Hospitalario Conceição.

Método: se trata de una investigación de abordaje cuantitativa del tipo averiguación epidemiológica basada en la aplicación de un instrumento validado y autodirigido para los profesionales de la salud pertenecientes a las doce (12) Unidades de Atención Primaria para la Salud del Servicio de Salud Comunitario del Grupo Hospitalario Conceição. Para el análisis se utilizaron la regresión lineal, la descripción de las frecuencias de las variables, la distribución de la media, mediana y el desvío-estándar. Además, se crearon la media estandarizada y los resultados estandarizados.

Resultados: participaron del estudio 109 profesionales de la salud, la mayoría del sexo femenino (77,06%), con edades entre 30 y 59 años (87,16%) y pertenecientes a la categoría médica (37,61%). En relación a las tres dimensiones analizadas del proceso de transferencia de la política, se observó que la dimensión Conocimiento fue la que obtuvo el mayor resultado (77,8%), seguida por las dimensiones Información (72,7%) e Innovación (67,7%). La necesidad de involucramiento y participación de la población en las discusiones del Tratamiento Directamente Observado, de la mejoría de la infraestructura de los servicios de salud y la complejidad del proceso de realización de esa práctica fueron algunos de los aspectos importantes señalados, entre otros.

Conclusión: son urgentes las medidas de reformulaciones y mejoras en las acciones vinculadas con la operacionalización y transferencia del Tratamiento Directamente Observado de la Tuberculosis.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Salud pública. Política pública. Estrategia de salud de la familia. Gestión en salud.

INTRODUÇÃO

Transferência de políticas públicas é um tema pouco explorado e ainda incipiente no meio acadêmico brasileiro.¹ Ele pode ser entendido como o processo em que “[...] o conhecimento sobre políticas, medidas administrativas, instituições etc. num tempo e/ou lugar é usado no desenvolvimento de políticas, medidas administrativas e instituições em outro tempo e/ou lugar (tradução nossa)”.^{2:344}

Nos domínios da saúde, esse processo configura-se como atividade constante, relativa às mais diversas instâncias, conteúdos e contextos organizacionais. Observando sob esse prisma, a própria construção do modelo brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS) inspirou-se em determinado momento no Relatório Dawson e no National Health System, de origem britânica, no que tange principalmente à organização da Atenção Primária à Saúde,³ dentre outros tantos exemplos que poderíamos citar. Embora rotineiramente presente no âmbito da saúde, há que se destacar, contudo, a vigente escassez de estudos sistemáticos acerca da transferência de políticas públicas nesse meio,⁴ o que estimula e desafia pesquisadores na busca de novas e importantes evidências científicas a esse respeito.

Quando se trata de transferência de uma política, não se pode perder de vista a complexidade de um processo que envolve os mais diversos atores, níveis e arenas governamentais (global, nacional, estadual, regional, local), bem como as redes de suporte. Variáveis como o contexto político, econômico, cultural, social e a disponibilidade de recursos financeiros e humanos são outros, entre tantos elementos que podem influenciar sobremaneira nesse processo.⁵

A centralidade desse tema é reforçada ainda ao considerarmos que os resultados de um determinado programa, por exemplo, podem ser reflexo imediato da qualidade da sua execução, o que está muito diretamente atrelado à forma como esse programa foi difundido, transferido e divulgado entre os seus principais atores. A sistematização, desorganização e desqualificação dessa etapa podem resultar em profissionais despreparados e metas temerariamente inalcançáveis.

Dessa forma, tendo em vista a importância do tema ora abordado, propomo-nos a investigar como se desenvolveu a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose (TB) na ótica/para dos/os profissionais de saúde das doze Unidades de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul. Sabe-se que a capital gaúcha ocupa as primeiras colocações no ranking das capitais brasileiras com maior incidência de TB (99,3/100.000 habitantes em 2014),⁶ e destaca-se ainda pela baixa taxa de cura no tratamento de casos novos de TB pulmonar bacilífera (por exemplo, 57,6% em 2012).⁷

Ao considerarmos que o uso correto dos medicamentos viabiliza um percentual de cura de 90% dos casos da doença,⁸ temos, no TDO, um importante aliado nesse sentido, tanto no que se refere à garantia da ingestão medicamentosa pelo paciente, quanto no favorecimento do apoio e da adesão ao tratamento, reduzindo a probabilidade de eventual resistência medicamentosa.

Portanto, dado o cenário epidemiológico preocupante de Porto Alegre no tocante à TB e a relevância do TDO no combate à doença, fomos

levados a investigar alguns elementos do processo de transferência dessa política para os profissionais de saúde, os seus pontos fortes e fracos, as potencialidades e os nós críticos que podem interferir na execução da política na capital gaúcha.

A importância deste estudo reside não apenas na possibilidade de ampliação das evidências científicas sobre um tema pouco difundido no domínio da saúde, tal qual é o da transferência de políticas públicas, mas, sobretudo, na possibilidade de obter-se um instrumento que auxilie na qualificação da gestão, na reformulação e na reestruturação dos serviços locais de controle à TB em Porto Alegre, sobretudo, no que tange ao TDO. Sem perder de vista o fato de esta ser uma iniciativa que pode estender-se para outros contextos e cenários similares, quiçá, adotada como modelo para investimentos em novas áreas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo inquérito epidemiológico, conduzido nas 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC em Porto Alegre – Rio Grande do Sul (Brasil). Elas encontram-se situadas na zona norte da capital gaúcha, sendo responsável pelo cuidado e atenção à saúde da população desse território. Os profissionais que compõem o SSC/GHC prestam atendimento para aproximadamente 105 mil pessoas.⁹

Participaram do estudo todos os médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem envolvidos com o TDO na Atenção Primária à Saúde. Como critérios de inclusão na pesquisa, foram considerados os sujeitos que consentiram à participação na pesquisa que possuíam treinamento ou trabalhassem há pelo menos seis meses com o TDO em suas unidades.

O estudo baseou-se na aplicação de um instrumento validado (denominado “Avaliação da Transferência de Políticas - Inovação, Informação e Conhecimento em tuberculose - ATP-IIN-FOC-TB”) e autogerido para os profissionais de saúde. Ele possui 39 itens distribuídos em três dimensões: nove em Informação, 10 em Conhecimento e 20 em Inovação. Essas dimensões foram escolhidas como subsídio teórico que perpassa o tema de transferência de políticas públicas. O julgamento dos itens do questionário foi realizado por meio da escala tipo Likert modificada, com as seguintes opções: discordo (1), discordo parcialmente (2), indiferente (3), concordo parcialmente (4), concordo (5).

Cabe a ressalva que o instrumento ATP-IIN-FOC-TB não foi elaborado com o objetivo de investigar qual profissional dispõe de mais informação, conhecimento ou inova mais a sua prática, mas como subsídio de investigação das variáveis, processos e elementos (fluxo da informação, frequência, tipo de veiculação, atores envolvidos, tipo de material utilizado, estratégias educativas e de trabalho, dentre outros) relacionados à transferência da política do TDO sob a perspectiva de cada uma das dimensões em suas singularidades.

A coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2014 pelo pesquisador principal, após anuência dos serviços de saúde envolvidos na pesquisa e a aprovação dos três Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) mencionados abaixo.

Os dados obtidos foram organizados com o auxílio do Microsoft Excel® (versão 2010) e analisados por meio dos *softwares* estatísticos SPSS® (versão 22) e R (versão 3.0.2). Beta regressão, descrição das frequências das variáveis e distribuição da média, mediana e desvio-padrão foram alguns dispositivos estatísticos utilizados para a análise. Além disso, foram criados a média e os escores padronizados, calculados de tal forma que permitissem uma associação das respostas obtidas em termos percentuais com os itens da escala de Likert, respeitando a seguinte correlação: discordo (0%), discordo parcialmente (25%), indiferente (50%); concordo parcialmente (75%); concordo (100%). Para efeito explicativo, um escore padronizado de resultado 80% para determinado item significa afirmar que os sujeitos da pesquisa posicionaram-se entre o concordo parcialmente e concordo quanto ao julgamento do referido item.

Esta pesquisa foi aprovada em três CEPs o da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP - CAAE 01197312.3.0000.5393), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS - Processo nº 001.008442.12.6) de Porto Alegre e o do Grupo Hospitalar Conceição (GHC - CAAE 01649012.9.0000.5530) e respeita todos os princípios éticos e legais exigidos em estudos dessa natureza. Além disso, com vistas ao aperfeiçoamento da apresentação dos dados, resultados, informações e ações desenvolvidas na pesquisa, optamos por utilizar os critérios, quando aplicáveis, do STROBE *checklist*, guia internacional elaborado para tal finalidade.

RESULTADOS

No total, 109 profissionais de saúde participaram da pesquisa, sendo a maioria do sexo feminino

(77,06%), com idade entre 30 e 59 anos (87,16%) e pertencentes à categoria médica (37,61%), seguida dos enfermeiros (22,94%), auxiliares de enfermagem (22,02%) e técnicos de enfermagem (17,43%).

Para fins de análise e discussão, selecionamos

seis itens do questionário, três com os maiores e outros três com os menores escores padronizados por dimensão (Informação, Conhecimento e Inovação, respectivamente), conforme se observa nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Representação dos maiores e menores escores padronizados das respostas dos participantes por item do instrumento ATP-IINFOC-TB na dimensão Informação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014.

| | Item | Nº do item | Escore Padronizado |
|---|--|------------|--------------------|
| Dimensão Informação (Itens de 1-9) | O TDO tem sido discutido entre profissionais/equipe que atuam com a TB na unidade de saúde em que trabalho. | 2 | 85,42 |
| | Ao discutir sobre o TDO, a coordenação do PCT (municipal/estadual) utiliza linguagem clara, concisa e de fácil entendimento. | 6 | 84,80 |
| | 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. | 1 | 84,67 |
| | A coordenação do PCT (municipal/Estadual) utiliza estratégias para motivar e envolver a equipe da unidade de saúde em que trabalho com relação ao TDO. | 5 | 74,52 |
| | Não existe integração/interação entre a coordenação do PCT (municipal/estadual) e a equipe da unidade de saúde em que trabalho. | 4 | 68,16 |
| | A população participa de discussões sobre o TDO na unidade de saúde em que trabalho. | 3 | 25,97 |

De forma geral, os profissionais de saúde posicionaram-se entre o concordo parcialmente e o concordo no que tange à existência de uma discussão sobre o tema do TDO entre a equipe e a coordenação do programa de controle da TB. Por outro lado, mantiveram-se entre o indiferente e o concordo parcialmente no quesito integração desses atores no ambiente de trabalho e entre o discordo parcialmente e o indiferente, quando o assunto referiu-se à participação da população em discussões sobre o TDO.

Na dimensão Conhecimento, o ponto forte da avaliação girou em torno do reconhecimento da importância do TDO e de incorporar-se outras instituições, além daquelas vinculadas à saúde, nas lides e operacionalização da política. Por outro lado, a participação em treinamentos e capacitações sobre a temática e a complexificação da rotina operativa do TDO foram os nós críticos apontados pelos profissionais de saúde (Quadro 2).

Quadro 2 - Representação dos maiores e menores escores padronizados das respostas dos participantes por item do instrumento ATP- IINFOC-TB na dimensão Conhecimento. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014.

| | Item | Nº do item | Escore Padronizado |
|---|---|------------|--------------------|
| Dimensão Conhecimento (Itens de 10-19) | Para obter-se o sucesso no TDO é necessário incorporar outras instituições/ações além do setor saúde. | 19 | 89,91 |
| | Compreendo as diretrizes do TDO. | 10 | 87,85 |
| | A equipe da unidade de saúde em que trabalho reconhece a importância do TDO. | 18 | 87,27 |
| | A coordenação do PCT (municipal/estadual) oferece com frequência capacitações sobre o TDO. | 14 | 71,26 |
| | Participo dos treinamentos oferecidos pela Secretaria (Municipal/Regional/Estadual) de Saúde sobre o TDO. | 15 | 59,31 |
| | Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma rotina simples. | 13 | 54,40 |

Quando se discute a Inovação, observamos uma tendência de reconhecimento da necessidade de elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB e da existência de dificuldades de acesso, econômicas, dentre outras, experimentadas pelos pacientes que realizam o TDO. Já o item que discorre sobre a criação de novas estratégias de

adesão ao tratamento tangenciou o indiferente no julgamento dos profissionais de saúde e a existência de uma infraestrutura adequada na unidade, o discordo parcialmente, registrando-se o mesmo no que se refere à utilização de recursos comunitários de apoio (Quadro 3).

Quadro 3 - Representação dos maiores e menores escores padronizados das respostas dos participantes por item do instrumento ATP- IINFOC-TB na dimensão Inovação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014.

| | Item | Nº do item | Escore Padronizado |
|----------------------------------|---|------------|--------------------|
| Dimensão Inovação (20-39) | O TDO requer a elaboração de um plano de cuidado individual para o doente de TB. | 23 | 92,36 |
| | Na unidade de saúde em que trabalho, a equipe considera o TDO como uma prática que qualifica a assistência ao doente de TB. | 28 | 91,44 |
| | Na unidade de saúde em que trabalho, as dificuldades (de acesso, econômica, entre outras) dos pacientes em TDO são percebidas pela equipe de saúde. | 38 | 84,63 |
| | Na unidade de saúde em que trabalho são criadas outras estratégias para promover a adesão ao TDO além das já existentes no programa. | 31 | 51,68 |
| | A unidade de saúde em que trabalho dispõe de uma infraestrutura adequada para prestar assistência ao doente em TDO (salas, equipamentos, etc.). | 21 | 46,53 |
| | Na unidade de saúde em que trabalho, os recursos comunitários são utilizados para apoiar a adesão do doente ao TDO (grupos de apoio, grupos de auto-ajuda, líderes de bairro, igreja, associação de moradores). | 32 | 38,25 |

Numa outra perspectiva, tratamos de analisar as respostas dos profissionais de saúde, por categoria, quanto à relação de todo o conjunto de elementos da transferência do TDO, que foram pautados em cada uma das dimensões/domínios (Informação, Conhecimento e Inovação) e as suas respectivas realidades de trabalho.

Assim, após ajustes finais pela regressão Beta, obtivemos os valores preditos para a média e o desvio padrão (Tabela 1). Nesse sentido, observamos que a categoria Enfermeiro apresentou menor média no domínio da Informação (0,6666), a de Técnico de Enfermagem na do Conhecimento (0,6547) e a de Médico na Inovação (0,6595). Ambos com respostas que transitaram entre as opções indiferente e concordo parcialmente da escala de Likert. Já quando avaliados em sua coletividade, os profissionais de saúde atribuíram o menor escore padronizado à categoria da Inovação (67,7%), seguida da Informação (72,7%) e do Conhecimento (77,8%).

Tabela 1 - Valores preditos para o modelo em relação à média e ao desvio padrão segundo os domínios e às categorias profissionais. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014.

| Domínio | Categoria | Média da média padronizada | Desvio |
|--------------|------------|----------------------------|--------|
| Informação | Médico | 0,7096 | 0,1828 |
| Informação | Enfermeiro | 0,6666 | 0,1536 |
| Informação | Técnico | 0,7571 | 0,1315 |
| Informação | Auxiliar | 0,7031 | 0,1824 |
| Conhecimento | Médico | 0,7532 | 0,1501 |
| Conhecimento | Enfermeiro | 0,6986 | 0,2058 |
| Conhecimento | Técnico | 0,6547 | 0,1739 |
| Conhecimento | Auxiliar | 0,7629 | 0,1316 |
| Inovação | Médico | 0,6595 | 0,1530 |
| Inovação | Enfermeiro | 0,8133 | 0,1092 |
| Inovação | Técnico | 0,7679 | 0,1549 |
| Inovação | Auxiliar | 0,7302 | 0,1311 |

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo conduzem ao entendimento de que os entraves no domínio da Informação, segundo os profissionais de saúde, não estão fundamentalmente relacionados ao processo de discussão da política do TDO entre gestores/ coordenadores e profissionais de saúde, mas, de alguma forma, associam-se à ausência de participação e envolvimento popular nesse processo, o comprometimento da integração/ interação entre os diferentes níveis de gestão e de assistência propriamente dita (o que pode comprometer o funcionamento da rede de prestação de serviços e o próprio fluxo da informação) e a existência de estratégias motivacionais que visem ao trabalho com o TDO.

O sucesso na transferência de uma política pública e a sua incorporação num determinado contexto podem ser influenciados por fatores diversos, dentre os quais o modelo de arranjo organizacional adotado e a precariedade do suporte no desenvolvimento das ações, a falha no processo comunicativo e na disseminação de informações e as motivações governamentais que nem sempre veem na política uma prioridade, dentre outros.¹¹ Se considerar a perspectiva de uma transferência de política em que informações sejam convertidas em conhecimento e, posteriormente, em inovações no ambiente de trabalho, de fato, o fator motivacional, seja individual ou institucional, tem grande peso neste percurso.

A capacidade de reconstruir, adaptar, recontextualizar e remontar o conhecimento adquirido segundo as necessidades e as especificidades locais, por exemplo, acaba configurando-se em elemento primordial do processo de transferência da política do TDO¹² e tende a fortalecer-se mediante o estímulo e o incentivo. Portanto, no momento em que os profissionais de saúde tangenciam a indiferença, suscitando a dúvida no que se refere à utilização de estratégias motivacionais pela coordenação do programa da tuberculose, nesse sentido, abrem-se precedentes para cogitarmos a possibilidade de rompimento dessa lógica construtivista e inovadora, com reflexos em sua cadeia produtiva, na prática criativa e no próprio controle da TB.

Além disso, a transferência da política tende a ser também impactada por uma integração deficitária entre os gestores/ coordenadores dos programas de controle da doença e a equipe de profissionais que operacionalizam a política, com reflexos que podem comprometer desde a difusão da informação até o próprio processo inovador e de alcance dos resultados almejados, uma vez que o alcance das metas estipuladas, incluídas as de controle da TB,

passa por um processo de planejamento de ações que requer não apenas a participação e integração da gestão e dos profissionais do SUS dos mais diversos níveis governamentais, mas igualmente da própria sociedade civil organizada e da academia, tidos como fundamentais no que tange a todo o processo avaliativo e de continuidade.¹³

Para além disso, o pensar em transferência de uma política pública, em nosso caso a do TDO, implica reconhecer as especificidades e a realidade local dos cenários de sua implantação. Nesse sentido, a participação popular e, particularmente, o controle social, tornam-se peças fundamentais quando o assunto envolve uma necessária adaptação contextual, possibilitando a existência de um processo mais inclusivo, participativo e qualificado desde a sua formulação até a própria tomada de decisão.¹³

Quando se analisa o quesito Conhecimento, notamos que a incorporação de outras instituições/ ações, além do setor saúde como forma de obter-se o sucesso no TDO, destacou-se entre os demais itens, apresentando o maior escore dessa dimensão. De fato, o êxito no tratamento exige um cuidado pautado na concepção de integralidade, nesse sentido, medidas intersetoriais, a questão do vínculo e a responsabilização passam a constituir estratégias ímpares para o reforço desse tipo de cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde.¹⁴

Se observa é que as fragilidades e nós críticos nessa dimensão de análise não estão vinculados necessariamente à falta de reconhecimento da importância ou até mesmo de compreensão das diretrizes que regem tal política, visto que esses itens também apresentaram escores consideráveis, mas se materializam na questão da participação dos profissionais em capacitações sobre o assunto e na concepção do TDO como uma rotina simples de trabalho.

Há evidências de que a falta de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde pode constituir barreira considerável na transferência da política do TDO no âmbito local e como fator de impacto não apenas na gestão do cuidado, mas igualmente na esfera do conhecimento e na construção de uma visão distorcida do assunto.¹⁵ Além disso, a ausência de capacitação e educação permanente, percebida como desestímulo e desvalorização, somada ao desvio de função e à sobrecarga de trabalho, dentre outros fatores, tendem a gerar sentimento de impotência e frustração com impacto importante no contexto de trabalho,¹⁵ também no componente motivacional e no de efetivação da política.

O TDO da tuberculose, embora rotina teoricamente corriqueira, passa a apresentar certo grau de

dificuldade quando consideramos, dentre outras, as questões apontadas anteriormente. Outro ponto ainda diz respeito ao fato de que o tratamento acaba por não se restringir simplesmente ao monitoramento da ingestão medicamentosa pelo profissional de saúde, mas envolve aspectos outros como a escuta qualificada, o fortalecimento de vínculos com a equipe e ainda o acompanhamento das reações adversas, dentre outros.¹²

Nesse último quesito, sob o ponto de vista da inovação, observa-se o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da importância de elaborar um plano de cuidado individual para o doente de TB. De fato, uma abordagem personalizada, singular, fortalecida pela escuta e pela vinculação efetiva com o doente de TB e seus familiares não apenas funciona como possibilidade de melhor identificar as necessidades e de planejar intervenções, mas ainda como estratégia de empoderamento do paciente e pressuposto importante de promoção de uma atenção à saúde pautada na Política Nacional de Humanização.¹¹ Ademais, o curso prolongado da doença faz desse plano uma ferramenta de grande valia para o seu manejo, ao mesmo tempo em que exige um sistema de saúde efetivo, cooperativo e interdependente.¹⁶

Os entraves, quando se pensa em inovar no TDO, na concepção dos profissionais de saúde, não estão vinculados ao reconhecimento dessa prática como medida que qualifica a assistência ao doente, mas na existência de barreiras e dificuldades percebidas relacionadas ao paciente (sejam elas, dentre outras, as de cunho econômico e de acesso), à deficiência na criação de novas estratégias de adesão ao tratamento e, principalmente, à infraestrutura inadequada dos serviços de saúde. Há apontamentos que o TDO é, de fato, reconhecido como uma prática importante pelos profissionais de saúde, mas a falta de tempo para a sua prática e a deficiência de recursos humanos, de materiais e de transporte, influenciam decisivamente em sua operacionalização.¹⁷

A adesão efetiva ao tratamento da TB é interessante desafio que passa pelo fortalecimento do vínculo da equipe de saúde e paciente. Nessa ocasião, se reconhecem as necessidades e peculiaridades individuais, traçam-se as melhores estratégias de acesso ao tratamento, gera-se cooperação mútua e reduzem-se as chances de abandono. O sucesso no tratamento passa a ser fruto, dentre outros fatores, da forma como se estabelece esse vínculo, do acolhimento pela equipe de saúde e da garantia de acesso.¹⁸ Portanto, práticas inovadoras de adesão ao TDO, para que se sejam efetivas, também precisa-

rão considerar invariavelmente esses aspectos ora discutidos, além da própria conjuntura infraestrutural e organizacional dos serviços de saúde, uma vez que o deficitário acompanhamento do paciente tende a aumentar a possibilidade de abandono do tratamento medicamentoso da tuberculose.¹⁹

Dessa forma, acredita-se que o alto índice de abandono em Porto Alegre (27,14%)⁷ pode, de alguma forma, estar também associado à ausência ou à deficiência no processo inovatório no que tange às ações de controle da TB, especificamente no que se refere ao TDO. Nesse sentido, é possível pensar em várias estratégias de qualificação desse processo, como, por exemplo, a educação em saúde para os usuários do tratamento supervisionado não apenas como fonte de informações sobre a doença, mas como oportunidade de recebimento do apoio profissional, de redução do estigma e do uso efetivo da medicação.²⁰

Outras alternativas podem ainda vincular-se ao incentivo pelo fornecimento de cestas básicas e à realização de grupos de apoio, com impacto na adesão e, conseqüentemente, na redução do abandono na capital gaúcha que se encontra ainda muito acima dos 5% recomendado pelo Ministério da Saúde.²¹

No tocante às três dimensões como um todo, os resultados demonstram que é necessário um olhar cuidadoso quanto aos elementos que integram a dimensão da Informação e a forma como são trabalhados no processo de transferência do TDO para os Enfermeiros. Lógica similar aplica-se àqueles da dimensão Conhecimento e a categoria Técnicos de Enfermagem, assim como a dimensão Inovação e a categoria Médica.

De forma geral, o processo de transferência do TDO desempenhado na íntegra com todas as categorias de profissionais precisa ser revisto quanto às dimensões Inovação e Informação, uma vez que foram as com menores e mais preocupantes escores padronizados, sinalizando a necessidade de reformulações e melhorias. A informação é um eixo basilar na consolidação do TDO, já que a maneira como os profissionais de saúde são informados quanto à importância e à necessidade de realização do TDO e da adoção de outras estratégias de controle da TB podem influenciar decisivamente no sucesso ou fracasso no processo de transferência dessa política.¹¹

Além disso, para que o TDO consolide-se como uma política transferida na perspectiva operativa da Organização Mundial de Saúde, torna-se importante que os profissionais de saúde inovem as suas práticas, o que significa ir além da reprodução das normas instituídas, com propositura de mudanças

que se baseiem na própria experiência profissional²² e no reconhecimento da heterogeneidade de cada local, exigindo, para tanto, adaptações das políticas transferidas. Tal fato torna-se possível concretizar-se, haja vista não existir uma obrigatoriedade de adoção de uma política em sua totalidade, detalhe por detalhe, o que, por sua vez, abre precedentes para o novo e para o necessário.²

CONCLUSÃO

A experiência abordada mostra a necessidade de qualificação de pontos basilares que podem prejudicar o ciclo da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose e a sua operacionalização. Nesse sentido, cita-se: o comprometimento da integração dos diversos níveis e atores da rede de saúde, a fragilidade no componente motivacional, a sentida falta de capacitação e educação permanente sobre o tema, a declarada infraestrutura deficitária dos serviços, a complexificação do processo de trabalho com a política, dentre outros.

Aspectos estruturais referentes à informação, ao conhecimento e à inovação no âmbito do TDO (por exemplo, a participação popular nas discussões vinculadas a essa política, a necessidade de uma maior oferta de treinamentos aos profissionais de saúde, a criação de novas estratégias de adesão, etc.) precisam ser repensados e exercitados sob uma nova perspectiva com os profissionais de saúde, considerando, para tanto, as suas necessidades individuais, as suas peculiaridades coletivas e, ainda, os seus contextos heterogêneos de trabalho. Para tanto, faz-se necessário promover uma qualificação dos serviços e da logística de prestação dele e fortalecer a vontade política e gestora no trato com a tuberculose, doença negligenciada.

O presente trabalho pode servir como evidência científica na temática de transferência de políticas públicas e subsidiar a tomada de decisão e implementação de mudanças estruturais e no processo de trabalho dos serviços de saúde e, principalmente, para a qualificação na prestação do cuidado ao doente de TB. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, dada a já constatada importância do tema.

REFERÊNCIAS

1. Farah MFS. Disseminação de inovações e políticas públicas e espaço local. *Organ Soc* [Internet]. 2008 [cited 2017 Apr 07]; 15(45):107-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302008000200009
2. Dolowitz D, Marsh D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. *Polit Stud-London* [Internet]. 1996 [cited 2017 Apr 07]; XLIV: 343-57. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x/abstract>
3. Coronel ALC, Bonamigo AW, Azambuja MS de, Silva HTH. Unified Health System (UHS): when will it start? *IJHE*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 28]; 1(2):83-90. Available from: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/viewFile/107/14>
4. Freeman R. Policy transfer in the health sector. European Forum Conference paper WS/35. Florence: Robert Shuman Centre for Advanced Studies, European University Institute [Internet]. 1999 [cited 2017 Apr 06]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/0de5/74eed7179502e0ef463d418b93f1f09d5366.pdf>
5. Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing Policy Transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 06]; 15(9):1140-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943837>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. *Boletim Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06]; 46(9). Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>
7. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Atual Cenário Epidemiológico da Tuberculose em Porto Alegre. *Boletim Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 20]; ano XVI, 54. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/prefeitura_municipal_porto_alegre_-_boletim_epidemiologico__54_2014_-_fevereiro.pdf
8. Stop TB Partnership. The Global Plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of Tuberculosis [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO). 2011-2015 [cited 2016 Dec 20]. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
9. Schwendler A, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Oral Health in the Children's Preventive Health Care Initiative: indicators and goals in a Primary Health Care Service. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 28]; 22(1):201-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.07912015>
10. Peruhype RC. The planning and transfer of the Directly Observed Treatment of Tuberculosis policy in the municipality of Porto Alegre - RS [tese Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2015 [cited 2017 Apr 06]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16062015-184557/pt-br.php>

11. Silva LMC. Development and validation of an evaluation tool of Directly Observed Therapy of tuberculosis transfer from the perspective of mid and high-level health professionals (ATP-IINFOC-TB) [tese Internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2016 [cited 2017 Apr 06]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-05052016-211603/pt-br.php>
12. Oliveira RCC, Adário KDO, Sá LD, Videres ARN, Souza SAF, Pinheiro PGOD. Managers' Discourse about Information and Knowledge related to Directly Observed Treatment of Tuberculosis. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 07]; 25(2):e3210015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-3210015.pdf
13. Moncaio ACS. Práticas discursivas dos gestores sobre a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose - Manaus (AM) [tese Internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014 [cited 2016 Dec 21]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-31032015-140319/pt-br.php>
14. Alves RS, Souza KMJ de, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Tuberculosis treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 07]; 21(3):650-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021
15. Assis EG. Policy Transfer of the Directly Observed Treatment at Different Levels of Management for Tuberculosis Control. [tese Internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2015 [cited 2017 Apr 07]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06042016-200031/pt-br.php>
16. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 06]; 50(2):237-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200239
17. Cecilio HPM, Marcon SS. Health personnel's views of directly observed treatment of tuberculosis. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 07]; 24(1):e8425. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a16.pdf>
18. Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Access and link to treatment of tuberculosis in Primary Health Care. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 06]; 8(4):5143-9. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4313>
19. Cecon RF, Maffaccioli R, Burille A, Meneghel SN, Oliveira DLLC, Gerhardt TE. Tuberculosis mortality in Brazilian capitals, 2008-2010. *Epidemiol. Serv Saude* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 28]; 26(2):349-58. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00349.pdf>
20. Stringer B, Lowton K, Tillashaikhov M, Parpieva N, Ulmasova D, Du Cros P, et al. "They prefer hidden treatment": anti-tuberculosis drug-taking practices and drug regulation in Karakalpakstan. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 02]; 20(8):1084-90. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2016/00000020/00000008/art00018>
21. Lima LM, Harter J, Tomberg JO, Vieira DA, Antunes ML, Cardozo-Gonzales RI. Monitoring and evaluation of outcome of cases of tuberculosis in the municipality of Southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 28]; 37(1):e51467. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n1/0102-6933-rngenf-37-1-1983-144720160151467.pdf>
22. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Nursing performance in the policy transfer of Directly Observed Treatment of Tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 06]; 48(5):874-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf

Correspondência: Rarianne Carvalho Peruhype
Rua Luis Cosme, 14, apto 702.
91340-240 - Passo Dareia, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: raricp@gmail.com

Recebido: 07 de abril de 2017
Aprovado: 08 de novembro de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY).