

## Vías de la planificación en la transferencia del Tratamiento Directamente Observado de la tuberculosis<sup>1</sup>

Rarianne Carvalho Peruhype<sup>2</sup>

Fernando Mitano<sup>3</sup>

Juliana Feliciati Hoffmann<sup>4</sup>

Catiucia de Andrade Surniche<sup>5</sup>

Pedro Fredemir Palha<sup>6</sup>

Objetivo: investigar el proceso de planificación de la transferencia de la política del Tratamiento Directamente Observado de la tuberculosis. Método: estudio cualitativo realizado por medio de entrevistas y con guión semiestructurado, aplicado en cinco sujetos: coordinadores y gestores de los programas de control de la tuberculosis y el secretario de salud de un municipio del sur de Brasil. La Planificación Estratégica Situacional y el Análisis de Discurso de matriz francesa fueron los referenciales teóricos y analíticos utilizados, respectivamente. Resultados: tres ejes reflexivos se destacaron: las fragilidades en el proceso de planificación de la transferencia del Tratamiento Directamente Observado; el antagonismo entre la planificación y las exigencias cotidianas y la formulación de la planificación; y su ejecución. La falta de sistematización, de la planificación para la ejecución de la transferencia del Tratamiento Directamente Observado, nos indica no apenas la fragilidad e insipiente de esta actividad, pero además la posibilidad de que este no exista. Conclusión: es notoria la urgente necesidad de los gestores y coordinadores de conocer mejor tanto el referencial teórico de la transferencia de políticas públicas como los propios mecanismos de planificación, incluyendo con ese propósito una propuesta de reorganización y calificación del proceso difusor, práctico operativo y político organizativo.

Descriptores: Planificación de la Salud; Tuberculosis; Políticas Públicas; Atención Primaria de Salud; Salud Pública; Gestión en Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de tesis de doctorado "The planning and transfer of the Directly Observed Treatment of Tuberculosis policy in the municipality of Porto Alegre - RS", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermera, Departamento de Ações em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.





<sup>3</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Medicina, Universidade de Lúrio, Marrere, Nampula, Mozambique.

<sup>4</sup> Estudiante de doctorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Estadística, Departamento de Planejamento Governamental, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de doctorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Enfermera, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Peruhype RC, Mitano F, Hoffmann JF, Surniche CA, Palha PF. Planning pathways in the transfer of Directly Observed Treatment of Tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3015. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2213.3015>. mes día año

URL

## Introducción

Discurrir sobre la importancia de la actividad de planificación en el área de la salud nos parece redundante y poco innovador. Sin embargo, pensarla en un contexto de transferencia de políticas públicas se presenta como un interesante desafío, principalmente por tratarse de un tema incipiente y poco difundido en la literatura brasileña<sup>(1)</sup>.

Entendemos la transferencia de la política como el proceso en que "[...] el conocimiento sobre políticas, medidas administrativas, instituciones, etc. en un tiempo y/o lugar es usado en el desarrollo de políticas, medidas administrativas e instituciones, en otro tiempo y/o lugar"<sup>(2)</sup>. Existen varias conexiones y niveles que se intercomunican (global, nacional, regional, otros), través de los cuales se difunde ese conocimiento; y varios elementos que precisan ser llevados en cuenta en el momento de su operacionalización, tales como el tipo de conocimiento utilizado, la forma de persuasión de los actores, la red de referencia, el contexto político, económico, social, cultural, los recursos empleados, entre otros<sup>(3)</sup>.

A pesar que están presentes en los dominios de la salud, es urgente destacar la escasez de estudios sistemáticos sobre el proceso de transferencia de políticas públicas en ese medio<sup>(4)</sup>; este hecho nos motivó a investigar como ocurre/ocurrió la planificación de la transferencia de la política del Tratamiento Directamente Observado (TDO) de la Tuberculosis (TB) en Porto Alegre, Rio Grande del Sur, considerada una de las primeras en el *ranking* de las capitales brasileñas en términos de incidencia de esta enfermedad en 2016 (80,4 casos/100.000 hab.)<sup>(5)</sup>.

El TDO puede ser comprendido como el acompañamiento - realizado por profesionales de salud o cualquier otra persona entrenada o supervisada por uno de esos profesionales - de la ingestión diaria de los medicamentos por los pacientes, o sea, de lunes a viernes. Sin embargo, para fines operativos, el TDO puede ser considerado como el acompañamiento de aquellos enfermos con 24 dosis supervisadas en la fase 1 (de ataque) y 48 dosis en la fase dos (de manutención)<sup>(6)</sup>.

Se sabe que el uso correcto de los medicamentos resulta en un porcentaje de cura de 90% de los casos de TB<sup>(7)</sup>. Así, el TDO se presenta como una importante estrategia por: asegurar la ingestión, favorecer la adhesión al tratamiento y reducir la probabilidad de eventual resistencia medicamentosa. Además de eso, evidencias científicas demuestran que las dificultades de operacionalización del TDO tienden a afectar de forma importante el alcance de mejoras en los índices de cura y abandono del tratamiento<sup>(8)</sup>.

Además, aún así, hay indicios de baja adhesión e incorporación de esa política en los servicios de Atención Básica (AB), así como de un déficit por parte de las autoridades municipales y estatales, en relación a la vinculación entre contexto demográfico, planificación y financiamiento de programas que objetivan la reducción de los costos de acceso generados por la TB<sup>(9)</sup>.

De esa forma, en el presente trabajo partimos del siguiente cuestionamiento: ¿Cómo ha sido elaborada la planificación para la transferencia de la política del TDO, en la perspectiva de los coordinadores de los programas de TB y gestores de las diferentes instancias del gobierno (estatal y municipal)? El objetivo principal del estudio, por tanto, es investigar la planificación de la transferencia del TDO en la capital del estado. Para esto, nos apoyamos en el referencial teórico de la Planificación Estratégica Situacional (PES) de Carlos Matus y en el Análisis de Discurso (AD) de vertiente de Michel Pecheux, como referencial teórico analítico.

Partimos de la perspectiva de que este trabajo debe servir no apenas para la adquisición de evidencias científicas - teniendo en vista que este es un tema todavía poco difundido en esos dominios - pero sobre todo para la reorganización de las actividades y servicios vinculados a la difusión del TDO en los diferentes niveles de gobierno, como un instrumento de reflexión e inductor de la calificación de procesos tan complejos e complementares, como son la planificación y la transferencia de políticas públicas.

## Método

En esta investigación, de carácter cualitativo, se utilizó el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*<sup>(10)</sup>, que es un *checklist* recomendado para la descripción calificada de los elementos y de las etapas recorridas en investigaciones de esta naturaleza.

Las entrevistas fueron realizadas por la autora principal. Una aproximación inicial con los sujetos de la investigación fue realizada por teléfono y e-mail; las informaciones obtenidas discurrían sobre el proceso, el día y las fechas programadas para el desempeño de esa actividad. Los objetivos de la investigación y el interés en el tópico fueron esclarecidos desde el abordaje inicial hasta la realización de la entrevista.

Adoptamos en el presente trabajo el referencial teórico metodológico de la AD como forma de percibir los sentidos producidos. Referirse a la AD de origen francés significa trabajar con el entrecruzamiento constitutivo de tres dominios, los que son: la *Lingüística* (no enfoca la lengua como un sistema abstracto, pero como una forma de significar); el *Marxismo* (con el materialismo histórico y dialéctico - el sujeto afectado por la historia

y por la ideología); y el *Psicoanálisis* (con el sujeto del inconsciente)<sup>(11)</sup>.

Los participantes fueron seleccionados intencionalmente y comprendieron coordinadores y gestores de los programas de control de la TB y el secretario municipal de salud de Porto Alegre, totalizando cinco sujetos. Además del contacto telefónico y correo electrónico, los mismos fueron abordados personalmente (frente a frente) en el momento de la entrevista. Ninguno de los contactados se recusó a participar del estudio.

Las entrevistas ocurrieron en sus respectivos locales de trabajo. A pesar de que algunos compartían esos ambientes con otros compañeros, podemos afirmar que esa actividad ocurrió en lugares con más privacidad. La recogida de datos se realizó en 2014; en esa ocasión, fue utilizado un guión semiestructurado cuya versión preliminar fue sometida a la evaluación de los especialistas en el área de la AD, con el objetivo de perfeccionarlo y obtener su calificación.

Su versión final contó con 10 cuestiones que discurrieron sobre temas que abarcaban desde la comprensión de la actividad de planificación y su importancia en el ámbito de la salud hasta el entendimiento de las etapas operativas y acciones adoptadas, en la planificación de la transferencia del TDO por los actores y recursos participantes (financieros, físicos, organizacionales y demás), entre otros elementos.

Además, destacamos que las entrevistas, con duración media de 45 minutos, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para ser analizadas juntamente con un diario de campo elaborado por la entrevistadora, a partir de sus percepciones personales. El diario suministró informaciones adicionales sobre las características y peculiaridades del funcionamiento del local de la investigación, del proceso de trabajo y del papel desempeñado por los participantes. No hubo necesidad de repetir la entrevista con los sujetos.

Los datos fueron analizados siguiendo los tres pasos de la AD. El primero - *pasaje de la superficie lingüística para el objeto discursivo* - consistió en la realización de repetidas lecturas de las entrevistas transcritas observando el discurso y tratando de identificar las enunciaciones indiciadoras para la interpretación, desnaturalizando de esa forma la palabra de las cosas<sup>(11)</sup>.

El segundo paso - *objeto discursivo para el proceso discursivo* - consistió en identificar las secuencias discursivas (SDs) y relacionarlas con las distintas formaciones del discurso que delinean los sentidos circulantes en los fragmentos en análisis. Finalmente, el tercer paso - *proceso discursivo en sí (formación ideológica)* - consistió en la interpretación de las secuencias discursivas llevando en consideración las

condiciones de producción existentes y las formaciones discursivas en que los enunciados son basados<sup>(11)</sup> y también la movilización de autores, tanto de la AD de línea francesa como de la temática en estudio (transferencia de política pública y planificación), para dar base a los argumentos interpretativos.

De los cinco sujetos entrevistados, fueron escogidos tres SDs para análisis por ser representativos ideológicamente de las posiciones-sujeto asumidas por los entrevistados. Cabe destacar que, en AD, lo más relevante es la exhaustividad vertical, en profundidad, del objeto empírico, en detrimento de la saturación horizontal, completitud en extensión del mismo<sup>(11)</sup>. De esa forma, el *corpus* de la investigación no se sujeta necesariamente a la cantidad de SDs seleccionadas, pudiendo ser constituido inclusive por una única SD, desde que la misma suministre el objetivo establecido. Así, trabajamos con los tres principales ejes reflexivos provenientes del análisis de los datos, los que son: "fragilidades en el proceso de planificación de la transferencia del TDO"; "el antagonismo entre la planificación y las exigencias cotidianas"; y la "formulación de la planificación y su ejecución".

El proyecto de investigación fue sometido y aprobado por tres Comités de Ética en Investigación, siendo incluidos en la investigación apenas los sujetos que consintieron en participar por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado y que tuvieron por lo menos seis meses de experiencia con la TDO. Se excluyeron automáticamente aquellos que estaban de vacaciones o ausentes por licencia de salud, cuando se realizó la recogida de datos.

Debemos destacar las limitaciones del presente estudio en lo que se refiere a la existencia de elementos del ambiente de trabajo registrados en el momento de la entrevista (, por ejemplo: interrupciones, compañeros, telefonemas, sobrecarga de trabajo, lucha contra el tiempo para el cumplimiento de tareas; además la propia disposición espacial de algunas mesas y asientos, típica de ambientes compartidos) que pudieron haber generado algún tipo de inhibición e influenciado las respuestas de los participantes.

## Resultados y Discusión

En el eje reflexivo - *fragilidades en el proceso de planificación de la transferencia del TDO* - presentamos una SD en que el sujeto, cuando es preguntado sobre el proceso de planificación para la transferencia de esa política en su coordinación, responde de la siguiente forma: *Si - lo que vimos en 2008 es que uno de los problemas es del programa, era la cuestión de la adhesión, - cierto. Y, y ahí comenzamos a discutir, bueno ¿Cómo es que se hace para*

que los pacientes puedan – cierto - , llegar, hasta el final del tratamiento - cierto, no abandonar, en el primer y segundo mes de tratamiento? Y, y es claro nosotras ya, si es por literatura tú ves publicaciones y la propia Organización Mundial de Salud se refiere al TDO hace muchos años - cierto. Entonces, a partir de eso comenzamos a discutir con los equipos la posibilidad de TDO y con la administración del servicio y ahí 2009 fue el año que él, es decir, el Fondo Global estaba actuando y tenía también varias discusiones incentivando la implantación del Tratamiento Directamente Observado y ahí, yo digo, bueno - es la oportunidad de nosotros, hum, conseguir recursos que es una cosa que nosotras no conseguimos, para hacer capacitación para todo mundo (...) (Sujeto 1).

A partir del fragmento, observamos que el sujeto parte inicialmente de un problema (momento explicativo del PES) del ámbito de la operacionalización de la política, en este caso, la adhesión del paciente al tratamiento, para indirectamente llegar a un problema del orden de la transferencia de la política del TDO, que es la falta de recursos para capacitación. La baja adhesión y la necesidad de reversión del cuadro, el aporte teórico internacional de la Organización Mundial de Salud sobre el TDO y el incentivo, inclusive financiero, del Fondo Global, nos parece que componen el cuadro de problemas y oportunidades, respectivamente, que impulsaran la planificación y, de cierta forma, la ejecución de la transferencia del TDO.

Experiencias en Mozambique, por ejemplo, también demostraron que el proceso político y de transferencia de la estrategia *Directly Observed Treatment Short Course* de control de la TB, en la cual el tratamiento supervisado es uno de los componentes, fue igualmente influenciado de forma importante por datos científicos, técnicos y recursos financieros transnacionales<sup>(12)</sup>.

Sin embargo, a pesar de que existan indicios de un punto de partida (problema) y de los actores que participan en el proceso, conforme discutiremos más adelante, notamos poca claridad y detalle en lo que se refiere a la etapa de la planificación de la transferencia del TDO. No se puede afirmar sobre la sistematización del proceso y de su grado de formalización, que todavía nos parece incipiente y poco profundo. Si la administración del Sistema Único de Salud es considerada desactualizada, con déficits en la planificación y en la evaluación de los servicios<sup>(13)</sup>, sus reflejos naturalmente se extienden para el ámbito de otras propuestas, principalmente aquellas todavía poco conocidas y exploradas tales como la transferencia de una política pública.

En la declaración "*comenzamos a discutir con los equipos la posibilidad de TDO*", observamos pistas que indican los actores participantes en el proceso (coordinadores y equipo de salud). Sin embargo,

nuevamente no se puede precisar si el contenido de esa discusión incorpora otros aspectos y no solamente la posibilidad de operacionalización de la política. Nos parece que el significante *discutir* se refiere más a la implantación del TDO (*discutir la posibilidad de TDO; varias discusiones incentivando la implantación del Tratamiento Directamente Observado*) que a la planificación del momento de la transferencia de la política en sí.

La viabilidad de la capacitación, considerada como un posible elemento del proceso de transferencia, parece correlacionada directamente a la existencia de recursos, lo que se agrava delante del hecho de que la TB todavía se presenta como una enfermedad tratada con negligencia, sin la calidad estructural y organizacional necesaria para su control y tratamiento, en muchos servicios de salud<sup>(14)</sup>. De hecho, el desarrollo de recursos humanos con el objetivo de controlar la TB es tan importante que fue solamente obtenido en el plan estratégico en 2006-2010 para África, América, Sureste asiático y regiones del pacífico occidental<sup>(15)</sup>.

En la ciudad de Divinópolis, estado de Minas Gerais, los resultados de un estudio demostraron que el Programa de Control de la Tuberculosis local posee como puntos dificultadores no apenas la fragilidad de la actividad de planificación y la inexistencia de un modelo estándar de difusión de informaciones y datos, pero también la insuficiencia de capacitaciones y de profesionales entrenados, lo que a su vez, demostró la falta de conocimiento en diversas áreas como vigilancia, diagnóstico de la TB y la propia realización del TDO<sup>(16)</sup>. Por otro lado, en Cabedelo, estado de Paraíba, otros factores surgieron como barreras en la administración y desempeño de los servicios de la AB en lo que se refiere al tratamiento de la TB, como la fragmentación de la práctica profesional, la ausencia de sistematización de la atención domiciliar y el enfoque en la calificación profesional<sup>(17)</sup>.

En medio a las vacilaciones presentadas por los significantes *hum* y *bueno*, no podemos precisar lo que de hecho motivó al sujeto. Los problemas y objetivos ya no más disponen de asientos fijos y el sustantivo oportunidad pasa a asumir carácter polisémico: conseguir recursos financieros, promover la capacitación de los profesionales, mejorar la adhesión de los pacientes e implantar el TDO. Nada o muy poco sobre el plan de transferir la política en sí es observado.

Así, la notada falta de sistematización de la planificación para la ejecución de la transferencia del TDO aparece en las declaraciones no apenas en la fragilidad de esta actividad, pero incluso en la posibilidad de su inexistencia. No es raro observar acciones planificadas que no siempre son ejecutadas y exigencias de rutina

para “apagar incendios”, las que no apenas desvirtúan e inviabilizan la práctica de la planificación, pero, sobre todo, refuerzan una práctica de administración poco reflexiva y sin fundamento<sup>(18)</sup>.

La importancia de la planificación en el control de la TB ha sido comprobada científicamente. En Brasil, el propio Programa Nacional de Control de la Tuberculosis busca optimizar la calificación de procesos como la de planificación, monitorización, evaluación de las acciones de control, prevención, asistencia, diagnóstico, vigilancia epidemiológica y otros.<sup>(16)</sup> En una experiencia realizada en la provincia de Tak, Tailandia, el programa fue apuntado como uno de los elementos principales para el control de la enfermedad en ese escenario, juntamente con el compartir eficaz de datos e informaciones, la mejoría en el proceso de diagnóstico, del cuidado, entre otros<sup>(19)</sup>.

En lo que se refiere al eje *antagonismo entre el plan y las exigencias cotidianas*, otro sujeto responde lo siguiente al ser cuestionado sobre la periodicidad de revisión, reevaluación y reformulación del plan de la transferencia del TDO: *mira (risas), infelizmente no existe una periodicidad fija como nos gustaría, esta aparece cuando se ve la emergencia llena de gente, los aislamientos llenos, muchos casos de tuberculosis, ahí el personal (...) para mí es un telefonema así: ah! tú tienes mucha experiencia, tú sabes de todos los flujos, tú conoces la red, ven a ayudarnos aquí, que nosotras estamos preocupadas con la tuberculosis, ahí recomienza de nuevo: ahí nosotras (...) pero nosotras tenemos un plan listo, mira aquí es solo aplicar. ¡Ah! Entonces vamos ver lo que hacemos primero [risas], y así va* (Sujeto 2).

La inquietud que irrumpe en el principio de esta SD – *Mira (risas)* – nos permite entrever las posibilidades de conflicto y contradicción del sujeto. Cuando consideramos la sentencia *mira (risas), infelizmente no tiene una periodicidad fija como nos gustaría*, notamos las fronteras tenues de la ambivalencia que se instala en el plan y en la periodicidad de su evaluación, principalmente.

La tensión en ese caso reside en la lucha semántica del *gustaría* y del *infelizmente*, entre lo que el sujeto quiere y lo que se posee, entre lo ideal y lo real, entre lo positivo y lo negativo, o sea, múltiples entonaciones en una voz capturada ideológicamente y que se hace individual tanto como colectiva, tanto singular como plural. A pesar de que la planificación es considerada una actividad importante, la manutención del sistema vigente todavía se sobrepone en la escala de valoración de los gestores. Estos, a su vez, necesitan planificar acciones que, de hecho, lleven en consideración las reales necesidades de la población, con propuestas de cambios que consoliden los diversos servicios de salud ofertados<sup>(20)</sup>.

La tensión de esa sentencia se extiende también al campo práctico operacional de la planificación, en que este *infelizmente* pasa a corporificar la limitación de la actividad propiamente dicha y, quizás, hasta la pasividad del sujeto para la reversión del cuadro. Sabemos de la importancia de la evaluación periódica de un plan, que se configura como oportunidad impar de calificación del proceso, de orientación para la toma de decisiones y de adecuación de los medios para el alcance de las metas objetivadas. Conforme observamos, todavía existe una gran distancia entre el querer (*nos gustaría*) y el hacer (*infelizmente*).

En la SD en cuestión, observamos nuevamente que la planificación de que trata el sujeto nos parece mucho más dirigida a la operacionalización de la política de control de la TB de que a la transferencia de la política del TDO en sí, con el agravante de inclusive así ser utilizado para fines de emergencia y quizás de improvisación – *este es visto cuando se ve la emergencia está llena, los aislamientos llenos, muchos casos de tuberculosis (...)*, reforzando la idea de que la ausencia de articulación y planificación en los servicios de salud puede resultar en un círculo vicioso basado en la atención de las demandas espontáneas en detrimento de las acciones programadas<sup>(21)</sup>.

La declaración *ahí recomienza de nuevo*, instala un nuevo conflicto semántico en el discurso del sujeto, ya que no podemos precisar lo que es reiniciado, si la movilización de un supuesto plan para enfrentamiento de situaciones cotidianas de emergencia o la concientización de los demás actores sobre la existencia del plan, o ambos. La continuidad de la acción y el carácter cíclico, sugeridos en el discurso del sujeto, nos llevan a pensar sobre el Mito de Sísifo. Según la mitología Griega, Sísifo recibió como castigo de Zeus la incumbencia de empujar una pesada piedra hasta el topo de una montaña, a cuya tarea ella siempre retornaba, exigiendo de la misma un continuo recomienzo<sup>(22)</sup>.

Sin embargo, al enunciar *pero tenemos un plan listo, mira aquí es solo aplicar*, percibimos un punto importante del discurso: cualquiera que sea el propósito de este plan establecido, persiste cierto desconocimiento de otras personas vinculadas directamente a su operacionalización. Si la participación de otros actores sociales en la planificación es uno de los puntos fuertes del PES<sup>(23)</sup>, nos parece que en este contexto ella pasa a asumir un papel secundario. Tal desconocimiento puede ser ratificado por la entonación de sorpresa de esos *otros* – “¡Ah!” – y por la busca de entendimiento y priorización de acciones: *entonces vamos a ver lo que hacemos primero*.

Si la inquietud introduce esa SD, ella también la finaliza (*risas*), y *así va*, dejando indicios de un ciclo incierto de continuidad y configuración; así no sabemos



lo que se perpetua: la falta de periodicidad de la evaluación del plan; el accionamiento repetido del sujeto por los otros actores del proceso en busca de ayuda y esclarecimientos; la aplicación repetida de este plan, que los demás sujetos parecen no conocer, en situaciones cotidianas y de emergencia; o todos ellos. Sin embargo, lo que sabemos es que el potencial de articulación y desarrollo del trabajo interdisciplinar en equipo sufre influencia directa de la existencia y de la garantía de espacios de discusión, cuya ausencia, a su vez, puede culminar en planificaciones individualizadas, en que cada profesional define y programa sus acciones, con desarticulación del potencial de acción colectiva<sup>(24)</sup>.

En relación al eje *formulación de la planificación y su ejecución*, el Sujeto 3, por ejemplo, cuando interrogado sobre estrategias, recursos financieros, humanos, físicos y organizacionales utilizados para formular y ejecutar el plan de la transferencia del TDO, responde de la siguiente forma (SD extraída en de los momentos distintos – M1 y M2 – de una misma respuesta): M1 - *Hum, como nosotras no, no en términos financieros para poder ejecutar, nosotras estamos ejecutando básicamente con costo cero. Todo que nosotras estamos, nosotras conseguimos adquirir fue ampliar la adquisición de vales transporte; hasta para transporte de los propios profesionales para la ejecución del TDO, o eventualmente de algún paciente a la Unidad de Salud cuando eso es necesario - cierto (...)*. M2 - *material, nosotros estamos utilizando copias, nosotras no conseguimos imprimir ningún material específico para esa capacitación hasta el momento, entonces el costo básicamente es de alimentación para la realización de las capacitaciones - cierto. Toda la planificación fue hecha con base territorial entre la Administración del local y el Centro de Referencia del territorio* (Sujeto 3).

En M1, ese Sujeto, así como los demás, parece abordar elementos dirigidos para la ejecución del TDO - *adquisición de vales transporte, hasta para transporte de los propios profesionales para la ejecución del TDO, o eventualmente de algún paciente*; lo que pudo ser proveniente, entre otros, del propio desconocimiento sobre el tema de la transferencia de políticas públicas. Resultado semejante fue obtenido en experiencia realizada en Joao Pessoa, estado de Paraíba, en el cual los administradores demostraron desconocimiento sobre la referida temática, y además en un contexto de transferencia del TDO, culminando en una fragilización importante en lo que se refiere al desarrollo de acciones de control de la TB<sup>(9)</sup>.

También, en M2 observamos una reorientación del discurso con incorporación de elementos alusivos al proceso de transferencia de la política, como, por ejemplo, nuevamente se menciona el término *capacitación*. Ciertamente, el profesional de salud precisa estar capacitado para un abordaje dialogado y

para el empoderamiento del paciente de TB, diseminando conocimiento y promoviendo la concientización del tratamiento de la enfermedad. Entretanto, el grado de preparación de los profesionales en este aspecto todavía no es suficiente, lo que puede requerir la implementación de una política de capacitación permanente en los servicios de salud<sup>(25)</sup>, y consecuentemente, una calificación del proceso de transferencia de la política.

Tanto en M1 como en M2, también no fueron observados indicios que llevasen a la formulación de la planificación de la transferencia del TDO. En el momento 1, la propia ejecución de la política parece no haber sido precedida por una planificación adecuada con énfasis en el análisis de "viabilidad" financiera, que es fundamental para ese tipo de actividad: *nosotras estamos ejecutando básicamente con costo cero*.

En el momento 2, no podemos precisar cuál fue la planificación con *base territorial que realizada*, o que está por ser realizada, entre la Administración del local y el Centro de Referencia del territorio. Sin embargo, semánticamente observamos la posibilidad de una construcción colectiva y de un territorio vivo, dinámico, no estático, que conduce a las ideas de realizar capacitaciones y a la elaboración de un plan. No podemos perder de vista, en este recorrido, que el éxito en la implementación de políticas públicas depende, entre otros factores, de estructuras institucionales que permitan negociaciones y debates entre la multiplicidad de actores, en lo que se refiere al respectivo proceso decisivo<sup>(26)</sup>.

Si la planificación, a su vez, es tenida como herramienta indispensable en cualquier nivel de operacionalización de acciones, propuestas, servicios, estrategias y políticas en la salud y en otras áreas, nos parece que más una vez esta fue preterida por el sujeto del discurso en lo que se refiere a la transferencia del TDO. El pronombre indefinido *todo* y el adverbio *básicamente* evocan complementos que limitan y vinculan la acción del sujeto a la instancia de la ejecución de la política (*adquisición de vales transporte y alimentación*, respectivamente), sin embargo, sin dejarnos pistas del recorrido planificado para su transferencia.

Así, al considerar que una acción estratégica implica la planificación como una forma de construcción de viabilidad<sup>(27)</sup>, requisito también enfatizado en el PES de Matus<sup>(23)</sup>, somos llevados a creer que la ausencia o insensatez de esta actividad puede ocasionar consecuencias graves en el alcance de metas establecidas. Una baja calificación en la formulación o la propia inexistencia de la planificación en la transferencia de una política puede resultar en un proceso asistemático de difusión de la propuesta que se extiende de un nivel

para otro en la administración, con impacto posiblemente negativo, no apenas para los que la operacionalizan, pero, sobre todo, para los que necesitan de ella.

Tal vez sea este un importante vacío en la administración y organización de los procesos vinculados al TDO y al control de la TB en la capital del estado; sean estos relacionados a la planificación o a la propia transferencia y ejecución de la política, contribuyendo decisivamente, de esa forma, para no alcanzar las metas y la deseada mejoría en los indicadores de salud de la población.

## Conclusión

Es muy clara la urgente necesidad que tienen los gestores y coordinadores de apropiarse mejor, tanto del referencial teórico de la transferencia de políticas públicas, como de los propios mecanismos de planificación, si el objetivo de hecho es el de calificar la ejecución de las políticas y programas por los profesionales de salud.

Los resultados aquí obtenidos nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de realizar una reorganización de las actividades (planificación/transferencia) vinculadas al TDO, que debe ir más allá del entendimiento apropiado de las diversas etapas y elementos contenidos en esos diferentes procesos. Eso significa una movilización adecuada de los actores participantes, una mejor comprensión acerca de qué hacer en el tiempo político y en el espacio; de la viabilidad financiera y operacional de la propuesta; y de la importancia de tener estandarización y sistematización de acciones e instrumentos. El hecho es que no basta la existencia de políticas públicas teóricamente perfectas, que se tornan poco efectivas por la falta de calificación del proceso difusor, práctico operativo y político organizativo.

Por el hecho de todavía tratarse de un grave problema de salud pública, la tuberculosis exige un mirada todavía más cautelosa para el proceso de transferencia de políticas que tienen por objetivo su control, siendo la planificación de esta etapa una base operacional fundamental. Este entendimiento es inclusivo y debe ser ampliado para otros sectores y políticas de salud en los diversos niveles de gobierno, lo que califica la presente experiencia como la primera de muchas otras que posiblemente vendrán.

## Referencias

1. Farah MFS. Disseminação de inovações e políticas públicas e espaço local. O&S. [Internet]. 2008 [Acesso 11 dez 2016]; 15(45):107-26. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302008000200009&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302008000200009&Ing=en&nrm=iso)
2. Dolowitz D, Marsh D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. *Polit Stud.* 1996; 54:343-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>
3. Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011; 15(9):1140-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0170>
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 Mar 26, 2017]; 1-25. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/0de5/74eed7179502e0ef463d418b93f1f09d5366.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. *Bol Epidemiol.* [Internet]. 2017 [Acesso 5 nov 2017]; 48(8):1-11. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit--rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. [Internet]. 2011. [Acesso 31 out 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)
7. 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 Sep 21, 2016]. Available from: [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf)
8. 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): 874-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>
9. 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.* 2016; 25(2):e3210015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003210015>
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007; 19(6):349-357. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
11. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. [Internet]. 10ª ed. Campinas: Pontes; 2012 [Acesso 12 maio 2017]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

ponteseditores.com.br/loja/index.php?route=product/product&product\_id=266

12. Cliff J, Walt G, Nhatave I. What's in a Name? Policy transfer in Mozambique: DOTS for tuberculosis and Syndromic Management for Sexually Transmitted Infections. *J Public Health Pol.* 2004; 25(1):38-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3190003>

13. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2):417- 25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>

14. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Neto A, Nogueira JA, et al. Managing the basic health unit in tuberculosis control: a field of challenges. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):665-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300016>

15. Oliveira LGD, Natal S, Chispim PPM. Directly Observed Treatment: strategy to Tuberculosis control. *Rev APS.* [Internet]. 2010 [cited Mar 26, 2017]; 13(3):357-64. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/612/348>

16. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Evaluation of Tuberculosis Control Program: a case report. *Saúde Debate.* 2017; 41 (especial):242-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017S18>

17. 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): 1044-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>

18. Silva BFS, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Benito GAV. The relevance of planning as management practice in health microregion of São Matheus (ES). *Saúde Debate.* 2015; 39(104):183-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040078>

19. Tschirhart N, Thi SS, Swe LL, Nosten F, Foster AM. Treating the invisible. Gaps and opportunities for enhanced TB control along the Thailand-Myanmar border. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(29): 2-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1954-9>

20. Passos RA, Nunes SS, Silva LF. The plurality of the concept of health: the voice power of Unified Health System (SUS) users in a municipal health conference. *Rev Cienc Saúde.* 2015; 5(2). doi: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v5i2.332>

21. Peres AM, Freitas LJ, Calixto RC, Martinez Riera JR, Sanjuan Quiles, A. Conceptions of nurses regarding planning, organization and management of nursing in primary care: integrative review. *Rev Enferm Ref.* [Internet]. 2013 [cited Set 21, 2016]; Série 3(10):153-60. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000200018](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200018)

22. Rocha NMFD, Góis CWL. Trajectories of young people in the world of work from the first insertion: the case of Sisyphus Maracanaú - in Ceará, Brazil. *Psicol Soc.* 2010; 22 (3):466-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000300007>

23. Matus C. O plano como aposta. *São Paulo Perspect.* [Internet]. 1991 [Acesso 3 nov 2017]; 5(4):28-42. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04\\_07.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf)

24. Bazzo-Romagnolli AP, Gimenez-Carvalho B, Almeida-Nunes EFP. Management of the Basic Health Unit in small municipalities: instruments, facilities and related difficulties. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014; 13(27):168-80. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps13-27.gubs>

25. Cecilio HPM, Marcon SS. Health personnel's views of directly observed treatment of tuberculosis. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(1):e8425. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8425>

26. Loureiro MR, Abrucio FL. Democracia e eficiência: a difícil relação entre política e economia no debate contemporâneo. *Rev Econ Polit.* 2012; 32(4):615-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31572012000400005>

27. Rodrigues AL, Sarriera JC. Training of managers in a Community Violence Prevention Program. *Fractal. Rev Psicol.* 2015; 27(2):145-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/829>

Recibido: 16.05.2017

Aceptado: 02.04.2018

Correspondencia:

Rarianne Carvalho Peruhype  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Av dos Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: raricp@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.